N° 82-622-X au catalogue — n° 002
ISSN : 1915-5204
ISBN : 978-0-662-04248-8

Document de travail

Série de documents de travail de la recherché sur la santé

Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins

par Saeeda Khan, Cameron McIntosh, Claudia Sanmartin, Diane Watson, Kira Leeb

Division de l'information et de la recherche sur la santé
24-L, Immeuble R.-H.-Coats, Ottawa K1A 0T6

Telephone: 1-800-263-1136

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins

Auteurs:
Saeeda Khan,[1] Cameron McIntosh,[1] Claudia Sanmartin,[1] Diane Watson,[2,3] Kira Leeb[3]

82-622-X nº 002
ISSN 1915-5204
ISBN : 978-0-662-04248-8

Statistique Canada
Division de l'information et de la recherche sur la santé
24-L immeuble R. H. Coats, 100, promenade Tunney's Pasture, Ottawa K1A 0T6
Statistique Canada 613-951-3725
Télécopieur : 613-951-359
Email:
Saeeda.Khan@statcan.ca
Cameron.McIntosh@statcan.ca
Claudia.Sanmartin@statcan.ca

Ce produit est disponible sous format électonique à www.statcan.ca

juillet 2008

Remerciement : Le Conseil canadien de la santé a financé ce projet. Toutes les analyses et interprétations, ainsi que toute erreur, sont la responsabilité exclusive des auteurs.

1. Division de l'information et de la recherche sur la santé, Statistique Canada
2. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia
3. Conseil canadien de la santé lorsque ces études ont été financées

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2008

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication peut être reproduit en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, sans autre autorisation de Statistique Canada, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou " Adapté de ", s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, de l'emmagasiner dans un système d'extraction ou de le transmettre sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division des services à la clientèle, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

This publication is also available in English (catalogue No. 82-622-X, No. 002).

Note de reconnaissance :
Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Normes de service à la clientèle
Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont également publiées sur le site Web www.statcan.ca sous la rubrique À propos de nous > Offrir des services aux Canadiens.

Résumé

Les Canadiens se tournent vers les fournisseurs de soins de santé primaires pour l'obtention de nombreux soins de base dont ils ont besoin, ainsi que pour la prise en charge de la plupart de leurs problèmes de santé chroniques. En 2000, les premiers ministres ont convenu de favoriser la création d'équipes de soins de santé primaires qui se concentreraient sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la conduite du traitement des maladies chroniques. La présente étude s'appuie sur des données provenant de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires (ECESSP) pour évaluer la mesure dans laquelle les Canadiens ont accès à des équipes de soins de santé primaires et l'effet de ces équipes sur les processus de soins et sur leurs résultats. L'étude comprend trois projets portant, respectivement, sur les déterminants de l'accès à une équipe de soins de santé primaires (projet 1), l'effet des équipes de soins de santé primaires sur divers processus de soins (projet 2) et la détermination des chemins suivant lesquels les équipes de soins de santé primaires influencent les résultats des soins (projet 3). Les techniques d'analyse utilisées comprennent l'analyse multivariée, la modélisation par la régression multiple et la modélisation par équation structurelle. Selon les résultats, près de 40 % des Canadiens ont accès à une équipe de soins de santé primaires, défini comme étant l'accès à une infirmière ou un autre professionnels de la santé au cabinet de leur médecin habituel ou à leur lieu habituel d'obtention des soins. Les personnes atteintes de deux problèmes de santé chroniques ou plus et celles qui déclarent que leur santé est " passable/mauvaise " sont plus susceptibles d'indiquer qu'elles ont accès à une équipe de soins de santé primaires (projet 1). Celles qui ont accès à une telle équipe sont plus susceptibles de recevoir des services de promotion de la santé et de prévention des maladies, particulièrement celles atteintes de problèmes de santé chroniques. Les personnes ayant des problèmes de santé chroniques qui reçoivent des soins prodigués en équipe sont plus susceptibles que celles ne recevant pas ce genre de soins de bénéficier d'un soin global de la personne et de niveaux plus élevés de coordination des soins. Elles sont également plus susceptibles de recevoir des soins de santé de meilleure qualité (projet 2). L'accès à une équipe de soins de santé primaires réduit l'utilisation des services d'urgence grâce à une diminution des besoins non satisfaits et de la non coordination des soins. La réduction du manque de coordination des soins grâce à l'accès à une équipe de soins de santé primaires réduit aussi le risque d'hospitalisation. L'analyse révèle en outre que l'accès à une équipe de soins de santé primaires accroît indirectement la confiance dans le système de santé par la voie de l'effet de la réduction des besoins de soins non satisfaits et de la non coordination des soins sur l'évaluation globale de la qualité des soins. Cependant, l'accès à une équipe de soins peut avoir un effet négatif direct sur le niveau de confiance dans le système de santé si les expériences vécues auprès de l'équipe n'aboutissent pas à une amélioration des processus de soins (projet 3). L'accès à une équipe de soins de santé primaires exerce une influence positive sur les perceptions qu'ont les Canadiens de la qualité globale du système de santé et sur la confiance qu'ils ont dans ce système.

Mots clés : soins de santé primaires, équipes, processus de soins, résultat des soins, problèmes de santé chroniques, soin global de la personne, coordination des soins, modélisation par la régression multiple, modélisation par équation structurelle.

Sommaire

Les Canadiens s'adressent aux prestataires de soins de santé primaires pour l'obtention d'un grand nombre des soins de base, ainsi que pour la prise en charge de la plupart de leurs problèmes de santé chroniques. En 2000, les premiers ministres ont convenu de favoriser la création d'équipes de soins de santé primaires dont les activités se concentreraient sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie et le traitement des maladies chroniques. En 2004, ils ont renforcé leur engagement en se fixant pour objectif que la moitié des Canadiens aient accès à des équipes de soins multidisciplinaires en 2011. D'importants investissements ont eu lieu au cours de la dernière décennie pour essayer de réaliser ces objectifs.

Le but de la présente étude est de déterminer dans quelle mesure les Canadiens ont accès aux équipes de soins de santé primaires (projet 1) et d'évaluer l'effet de ces équipes sur les processus de soins et sur leurs résultats (projets 2 et 3). L'étude est fondée sur des données provenant de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007 (ECESSP), qui est la première enquête sur les soins de santé primaires de portée nationale. L'enquête a été financée par le Conseil canadien de la santé et réalisée par Statistique Canada.

Les faits saillants sont les suivants :

- Près de 40 % de Canadiens ont accès à une équipe de soins de santé primaires, défini comme étant l'accès à une infirmière ou à un autre professionnel de la santé (par exemple, diététicien, nutritionniste) au cabinet de leur médecin habituel ou à leur lieu habituel d'obtention des soins.
- Les personnes atteintes de deux problèmes de santé chroniques ou plus et celles déclarant que leur santé est " passable/ mauvaise " sont plus susceptibles que celles en meilleure santé de déclarer qu'elles ont accès à une équipe de soins de santé primaires.
- Les personnes qui ont accès à une équipe de soins de santé primaires sont plus susceptibles de recevoir des services de promotion de la santé et de prévention des maladies, particulièrement celles atteintes de problèmes de santé chroniques.
- Les personnes atteintes de problèmes de santé chroniques qui reçoivent des soins prodigués en équipe sont plus susceptibles que les autres de bénéficier d'une approche de soin global de la personne et d'un plus haut niveau de coordination des soins. Elles sont aussi plus susceptibles de déclarer qu'elles obtiennent des soins de haute qualité.
- L'accès à une équipe de soins de santé primaires diminue le recours aux services d'urgence grâce à la réduction du nombre de besoins non satisfaits et du manque de coordination des soins. La réduction de la non coordination des soins peut aussi amoindrir le risque d'hospitalisation.
- La réduction du nombre de besoins non satisfaits et de la non coordination des soins, ainsi que l'évaluation plus positive de la qualité des soins de santé en général, accroissent indirectement la confiance dans le système de santé.
- Cependant, l'accès à des équipes de soins peut avoir un effet négatif direct sur la confiance dans le système si les expériences auprès de ces équipes n'aboutissent pas à l'amélioration des processus de soins.

Introduction

Les soins de santé primaires représentent habituellement le premier point de contact des Canadiens qui désirent obtenir des soins. Aussi sont ils souvent décrits comme le " fondement de notre système de santé ". Les Canadiens s'adressent aux fournisseurs de soins de santé primaires pour obtenir les soins de santé de base dont ils ont besoin et pour la prise en charge de la plupart de leurs problèmes de santé chroniques. Depuis quelque temps déjà, les Canadiens revendiquent un meilleur accès aux services de soins de santé primaires, une meilleure qualité de soins et davantage de services de promotion de la santé et de prévention des maladies (Watson et Krueger, 2005; Pollara Research, 2006).

Au cours de la dernière décennie, d'importants investissements ont été faits pour appuyer la création d'équipes interdisciplinaires afin de renforcer le système de soins de santé primaires au Canada. De 1997 à 2001, le Fonds pour l'adaptation des services de santé a financé des projets destinés à tester de nouveaux moyens de dispenser les services de santé dans la collectivité. À cette époque, quatre provinces seulement exigeaient que les omnipraticiens travaillent en groupes, et l'appartenance à une équipe interdisciplinaire était une condition préalable au financement (Watson, 2005). Cependant, en septembre 2000, les premiers ministres se sont entendus sur un plan d'action en vue de renouveler le système de santé. Ce plan comprenait des investissements supplémentaires en vue d'améliorer les soins de santé primaires afin que " les Canadiens et Canadiennes reçoivent les soins les plus appropriés, par le fournisseur le plus approprié, à l'endroit le plus approprié. " Ils ont convenu " de favoriser l'établissement d'équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires qui représentent, pour les Canadiens et Canadiennes, le premier contact avec le système de santé. Ces équipes s'occuperaient aussi de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des blessures et d'une meilleure gestion des maladies chroniques. " Les premiers ministres ont convenu " d'accélérer le renouveau des soins de santé primaires ", en particulier " de travailler à l'établissement d'un accès en temps opportun aux services autres que les services d'urgence onéreux " (Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, 2000).

En réponse, le gouvernement du Canada a annoncé en 2000 la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé primaires, qui a établi un cadre stratégique pour orienter l'investissement de 800 millions de dollars en cinq ans en vue de financer la mise en œuvre d'initiatives à grande échelle de renouvellement des soins de santé primaires. Les objectifs étaient, entre autres, d'" établir des équipes multidisciplinaires afin de prodiguer les meilleurs soins par le fournisseur le plus approprié ", d'" augmenter l'accent mis sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la gestion des maladies chroniques ", " d'accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 " et de " faciliter la coordination avec les autres services de santé (comme les spécialistes et les hôpitaux) " (Fonds pour l'adaptation des services de santé primaires du gouvernement du Canada).

En 2003, l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé réaffirmait une vision nationale du renouvellement des soins de santé primaires et établissait des buts, des objectifs et des exigences relatifs à des paiements de transfert fédéraux résultant de la création d'un fonds pour la réforme de la santé (gouvernement du Canada, 2003). Dans l'Accord, les premiers ministres ont déclaré que " l'amélioration de la continuité et de la coordination des soins, le dépistage et l'intervention précoces, une meilleure information sur les besoins et les résultats, et de nouveaux incitatifs convaincants pour garantir l'adoption rapide et permanente des nouvelles façons de faire constituent les pierres angulaires d'un système de soins de santé primaires efficace. " Ils se sont entendus sur l'objectif d'assurer que d'ici à 2011, " au moins 50 % de leurs citoyens auront accès à un fournisseur pertinent de soins, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. " Dans leur Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, ils ont reformulé cet objectif un peu différemment en parlant de " l'objectif établissant que, d'ici 2011, la moitié des Canadiens et des Canadiennes auront accès 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7 à des équipes multidisciplinaires " (Santé Canada, 2004).

Les Canadiens appuient fortement la notion de soins en collaboration et la majorité d'entre eux préféreraient que leur médecin de famille travaille au sein d'une équipe. Ils sont séduits par l'idée que des équipes de soins de santé primaires fourniraient non seulement des soins mieux coordonnés et plus rentables, mais seraient aussi plus enclines à se concentrer sur le bien être, sur la prévention et sur l'éducation du patient (Maxwell et coll., 2002 : vii). Les Canadiens considèrent l'approche des équipes, dirigées par des médecins, comme étant la pièce maîtresse du système de soins de santé, parce qu'elle serait sensible aux besoins individuels, serait structurée de manière à mettre l'accent sur le bien être et la prévention, et offrirait des soins intégrés et coordonnés par l'entremise d'une équipe formée de divers professionnels (Maxwell et coll., 2002 : 32 et 37). La majorité des Canadiens sont convaincus que des soins en collaboration accéléreraient l'accès aux soins et amélioreraient la qualité de ces derniers (Pollara Research, 2003).

Les décideurs, les administrateurs et les fournisseurs des soins de santé reconnaissent qu'un secteur des soins de santé primaires vigoureux est nécessaire pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et au nombre croissant de personnes souffrant d'une maladie chronique, d'une comorbidité complexe et(ou) d'une incapacité fonctionnelle (Watson, 2005). En fait, des investissements considérables dans le renouvellement des soins de santé ont eu lieu pour des raisons semblables dans des domaines tels que les soins à domicile et les produits pharmaceutiques (Santé Canada, 2004). Tous ces investissements coïncident avec un accroissement brusque des préoccupations publiques au sujet des soins de santé à la fin des années 1990. D'après les sondages d'opinion réalisés de 1999 à 2006, les Canadiens considéraient alors que les soins de santé étaient la plus importante question à laquelle devait faire face le pays (Pollara Research, 2006). Durant cette période, ils étaient, en majeure partie, portés à déclarer que leur confiance dans le système diminuait et que la qualité des soins se détériorait. L'amélioration qui, selon leurs dires, leur aurait rendu le plus de confiance dans l'état du système de santé était un meilleur accès aux soins (Soroka, 2007).

Le but de la présente étude est de déterminer dans quelle mesure les Canadiens ont accès à des équipes de soins de santé primaires et d'évaluer l'effet de ces équipes sur les soins et leurs résultats. Les trois projets ont été financés par le Conseil canadien de la santé et réalisés par Statistique Canada. Les objectifs étaient les suivants :

- faire un rapport sur l'accès des Canadiens à des équipes de soins de santé primaires et mettre en relief les caractéristiques des patients associées à l'accès à des soins dispensés en équipe (projet 1);
- faire un rapport sur l'effet qu'ont les équipes de soins de santé primaires sur divers processus de soins, dont l'accès aux soins, la promotion de la santé et la prévention des maladies, la coordination des soins, la qualité des soins et leur complétude (y compris le soin global de la personne et la coordination) (projet 2);
- déterminer par quels chemins les équipes de soins de santé primaires ont une incidence sur les résultats des soins en termes de confiance dans le système, d'utilisation des services d'urgence et de risque d'hospitalisation (projet 3).

Données

Toutes les analyses sont fondées sur des données provenant de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires (ECESSP). Cette enquête, financée par le Conseil canadien de la santé, a été réalisée par Statistique Canada en janvier et en février 2007 auprès d'un échantillon de 3 800 Canadiens qui faisaient partie de la population à domicile des 10 provinces et des 3 territoires en 2005. Le taux de réponse a été de 58,1 %, ce qui a donné un échantillon final de 2 194 personnes. La base de sondage pour cette enquête transversale, représentative de la population nationale, était constituée des personnes participant au cycle 3.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Par conséquent, les habitants des réserves indiennes, des terres de la Couronne et de certaines régions éloignées, les personnes vivant en établissement, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents (militaires et civils) des bases de Forces canadiennes ne faisaient pas partie du champ d'observation.

L'objectif de l'enquête était d'évaluer les expériences vécues par les Canadiens en ce qui concerne les soins de santé primaires au cours des 12 mois précédents, y compris l'accès à divers types de médecins et de cliniques, ainsi qu'à divers types de soins de santé (par exemple, les services de salle d'urgence et les médicaments délivrés sur ordonnance) et le niveau de confiance dans les soins. L'enquête fournit aussi des renseignements sur l'expérience des soins de santé primaires des personnes atteintes de problèmes de santé chroniques. D'autres renseignements sur l'ECESSP peuvent être obtenus sur le site Web de Statistique Canada (http://www.statcan.ca).

L'échantillon sur lequel porte l'étude comprend les participants à l'enquête de 18 ans et plus qui avaient un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins. L'annexe A donne les tailles d'échantillon pour chacune des analyses réalisées dans le cadre des trois projets. Le projet 2 porte sur l'ensemble de la population de 18 ans et plus, ainsi que sur les personnes présentant au moins l'un des problèmes de santé chroniques suivants : arthrite, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabètes et troubles de l'humeur, y compris la dépression.

Variables de résultat

Équipe de soins de santé primaires

Deux questions de l'ECESSP ont été utilisées pour créer une mesure de l'accès à une équipe de soins de santé primaires : *Y a-t-il une infirmière chez votre fournisseur de soins primaires qui s'occupe régulièrement de vos soins de santé? En plus*

de votre fournisseur de soins primaires, d'autres médecins et d'une infirmière, y a-t-il d'autres professionnels de la santé comme des diététiciens et des nutritionnistes qui travaillent à l'endroit où vous obtenez vos soins de santé habituels? Ces questions ont été posées uniquement aux personnes qui ont répondu « oui » quand on leur a demandé si elles avaient un médecin habituel ou un endroit où elles se rendent normalement quand elles sont malades ou qu'elles ont besoin de conseils au sujet de leur santé (lieu habituel d'obtention des soins) (n = 2 120). Une mesure dichotomique de l'accès à une équipe de soins de santé primaires a été créée en vertu de laquelle les personnes qui ont répondu « oui » à l'une ou à l'autre question ont été considérées comme ayant accès « à une équipe de soins de santé primaires », tandis que celles qui ont répondu « non » aux deux questions ont été classées dans la catégorie des personnes n'ayant pas accès à une équipe.

Processus de soins

Nous examinons les mesures des *processus de soins* suivantes : promotion de la santé et prévention des maladies, coordination des soins, qualité des soins, accès aux soins et complétude des soins (y compris le soin global de la personne et la coordination).

Promotion de la santé et prévention des maladies

La mesure de la promotion de la santé et de la prévention des maladies a été construite à l'aide de trois questions suivantes : *Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vos fournisseurs de soins primaires vous ont-ils apporté l'aide dont vous aviez besoin pour effectuer des changements dans vos habitudes ou votre style de vie qui amélioreraient votre santé ou préviendraient la maladie? Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vos fournisseurs de soins primaires vous ont-ils parlé de ce que vous pourriez faire pour améliorer votre santé ou prévenir la maladie (comme cesser de fumer ou de consommer de l'alcool, faire de l'exercice, prévenir le stress, avoir des pratiques sexuelles sans risque, etc.)? Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vos fournisseurs de soins primaires vous ont-ils apporté l'aide que vous souhaitiez pour atteindre ou maintenir votre poids santé?* Pour chaque question, on a demandé à la personne de donner l'une des réponses suivantes : « toujours », « habituellement », « parfois », « rarement », « jamais », « ne s'applique pas », « ne sait pas » ou « refus ».

Un score composite pour la promotion de la santé et la prévention des maladies a été créé en se servant de toutes les réponses valides, donc en excluant les réponses « ne s'applique pas ». Nous avons supposé qu'une réponse « ne s'applique pas » représente l'absence du facteur de risque (par exemple, usage du tabac, consommation d'alcool, poids excessif), ce qui aurait incité les fournisseurs de soins de santé primaires à offrir les conseils ou l'aide pertinents. Pour corriger les données afin de tenir compte de ces cas, nous avons calculé une mesure composite représentant le « % possible » de promotion de la santé que chaque participant à l'enquête pourrait avoir reçu. De cette façon, aucun cas n'a été injustement pénalisé à cause des réponses « ne s'applique pas ». Par exemple, si une personne a répondu aux trois questions qu'elle recevait « toujours » les conseils et l'aide décrits de promotion de la santé et qu'une autre a déclaré qu'une seule des questions était applicable mais que la réponse à cette question était « toujours », les deux cas sont considérés comme ayant reçu 100 % du niveau maximal de promotion de la santé qu'il pourrait avoir reçu. Les réponses « ne sait pas » ou « refus » ont été éliminées.

Comme la mesure de la promotion de la santé et de la prévention des maladies suit une loi non normale, nous avons dichotomisé l'échelle au seuil de 75 % (0 représente l'obtention de moins de 75 % de la promotion/prévention nécessaire, et 1 représente l'obtention de 75 % et plus de la promotion/prévention nécessaire), en nous fondant sur des analyses visuelles pour repérer ce seuil naturel.

Coordination des soins

La coordination des soins a été mesurée à l'aide des questions suivantes : *En pensant aux fois où, au cours des 12 derniers mois, vous avez reçu des procédures ou des soins de santé, avez-vous reçu de l'information conflictuelle de divers médecins ou professionnels des soins de santé? Au cours des 12 derniers mois, pendant que vous obteniez des soins pour un problème de santé, y a-t-il eu un moment où des résultats de tests, des dossiers médicaux, ou des raisons de renvoi n'étaient pas disponibles au moment de votre rendez-vous prévu chez le médecin? Au cours des 12 derniers mois, pendant que vous obteniez des soins pour un problème de santé, y a-t-il eu un moment où des médecins ont demandé des tests médicaux que vous jugiez inutiles parce que le test avait déjà été fait?* Pour les trois questions, les catégories de réponse étaient « oui » ou « non ». Nous nous sommes servis des réponses aux trois questions pour créer une mesure dichotomique unique, où 0 représente l'absence de déclaration de cas de non-coordination des soins et 1 représente la déclaration d'au moins un cas de non-coordination des soins. Nous avons considéré que les réponses « ne s'applique pas » correspondaient à une absence de cas de non-coordination des soins.

Qualité des soins

Deux questions ont été utilisées pour mesurer la qualité perçue des soins : *Dans l'ensemble, comment évaluez-vous la qualité des soins de santé que vous avez reçus au cours des 12 derniers mois de vos fournisseurs de soins primaires sur lequel vous vous fiez le plus pour vos soins?* et *Dans l'ensemble, comment évaluez-vous la qualité des soins de santé que vous avez reçus au cours des 12 derniers mois?* Puisque ces deux questions mesurent des aspects différents de la qualité, nous les avons retenues à titre de résultats de processus distincts. Afin de modéliser à la fois les soins de faible qualité et de haute qualité, nous avons dichotomisé les catégories de réponse (" excellente ", " très bonne ", " bonne ", " passable " et " médiocre "). Pour chacune de ces mesures, nous avons regroupé les catégories de réponse de deux façons : " passable/médiocre " contre " excellente/très bonne/bonne " et " excellente/très bonne " contre " bonne/passable/médiocre ".

Accès aux soins

Nous avons mesuré l'accès aux soins à l'aide de la question suivante : *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà senti que vous aviez besoin de soins de santé sans les avoir reçus?* Les catégories de réponse étaient " oui " ou " non ".

Complétude des soins

Les réponses à la question qui suit ont été utilisées pour évaluer la complétude des soins : *La gamme des services fournis à l'endroit où vous obtenez la plupart de vos soins satisfait à tous vos besoins en soins de santé primaires ou à la plupart. Êtes-vous... Tout à fait d'accord, D'accord, En désaccord, Tout à fait en désaccord.* Les catégories de réponse ont été dichotomisées pour produire les catégories " tout à fait d'accord/d'accord " contre " en désaccord/tout à fait en désaccord ".

Évaluation par le patient des soins pour maladies chroniques [Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)] - Soin global de la personne et coordination des soins

Deux variables dérivées " soin global de la personne " et " coordination des soins " ont été créées d'après l'instrument PACIC pour mesurer les opinions sur les soins médicaux chez les personnes atteintes de problèmes de santé chroniques (Glasgow et coll., 2005). Ces deux concepts ont été définis dans des analyses factorielles antérieures des résultats du PACIC (McIntosh, 2008). Le " soin global de la personne ", ou la mesure dans laquelle un clinicien prend en considération les renseignements sur les aspects physiques, émotionnels et sociaux de la santé du patient et tient compte du contexte communautaire dans la prestation des soins, est représenté par 11 items du questionnaire; la " coordination des soins " est représentée par 6 items (voir l'annexe B pour une définition détaillée des items). Pour chaque facteur, nous avons calculé la somme des items qui le constituent. Le score sommaire pour le " soin global de la personne " varie entre 4 et 55, tandis que celui pour la " coordination des soins " varie entre 1 et 30.

Résultats des soins

Confiance dans le système de soins de santé

Un module de trois questions a été administré à tous les participants à l'ECESSP afin d'évaluer leur niveau de confiance dans le système de soins de santé : *Dans l'ensemble, à quel point êtes-vous confiant que si vous tombiez gravement malade, vous obtiendriez des soins de santé de qualité et sûrs au moment où vous en avez besoin ? Êtes-vous... Très confiant, Plutôt confiant, Pas très confiant, Pas du tout confiant, Dans l'ensemble, diriez-vous que votre confiance au système de santé canadien : Augmente, Baisse, Est à peu près le même qu'il a toujours été* et *Selon vous, de quelle approche le système de santé au Canada a-t-il besoin présentement ? D'une restructuration complète, d'un bout à l'autre, De réparations assez importantes, De rajustements mineurs, Tout est bien tel quel.* Une analyse factorielle confirmatoire antérieure de ces trois éléments a confirmé qu'ils se rapportent tous à un seul facteur sous jacent de confiance dans le système de soins de santé (McIntosh, 2008), si bien que nous les avons traités comme des indicateurs d'un facteur unique. Nous avons recodé les réponses aux trois items de manière que les scores observés, et par conséquent les scores pour le facteur sous jacents, plus élevés reflètent des niveaux plus élevés de confiance dans le système de soins de santé.

Utilisation des services d'urgence

On a demandé aux participants à l'enquête : *Combien de fois avez-vous personnellement utilisé le service d'urgence d'un hôpital au cours des 12 derniers mois?* Nous avons créé une variable dichotomique, pour laquelle 0 = " aucune fois " et 1 = " au moins une fois ".

Hospitalisation

On a demandé aux participants à l'enquête : *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé une nuit comme patient à l'hôpital, dans une maison de soins infirmiers ou une maison de convalescence?* Nous avons créé une variable dichotomique pour laquelle 0 = " non " et 1 = " oui ".

Tableau 1
Description des participants à l'enquête, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, 2007

	Total (n=2 194)					Au moins un problème de santé chronique (n=876)				
Promotion/Prevention[1]	Taille de l'échantillon	Population estimée		Limites de confiance à 95 %		Taille de l'échantillon	Population estimée		Limites de confiance à 95 %	
	nombre	milliers	%	de	à	nombre	milliers	%	de	à
Âge										
18 à 44 ans	910	11 820	46,95	45,33	48,68	151	1 701	20,21	17,21	23,41
45 à 64 ans	735	9 026	35,85	34,10	37,43	341	3 773	44,83	41,27	48,12
65 ans et plus	549	4 329	17,20	16,41	18,05	384	2 941	34,95	32,19	37,80
Sexe										
Hommes	953	12 362	49,11	48,67	49,52	334	3 617	42,98	39,77	46,02
Femmes	1241	12 813	50,89	50,48	51,33	542	4 798	57,02	53,98	60,23
Niveau de scolarité										
Études secondaires partielles	410	4 323	17,17	15,53	19,27	238	2 276	27,05	23,30	30,95
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	823	9 424	37,43	34,81	39,58	310	2 646	31,44	27,90	35,59
Diplôme d'études secondaires	910	10 830	43,02	40,69	45,41	305	3 289	39,08	34,57	42,60
Autre scolarité ou formation	37	458	1,82[E]	1,17	2,56	14	115	1,37[E]	0,59	2,24
Emploi										
Emploi à temps plein	1019	13 152	52,24	49,78	54,28	258	2 911	34,59	30,46	38,26
Emploi à temps partiel	220	2 707	10,75	9,07	12,27	74	877	10,42	7,60	12,72
À la retraite	389	4 694	18,65	16,92	20,65	151	1 457	17,31	14,57	20,64
Autre[1]	565	4 610	18,31	17,19	19,73	392	3 159	37,54	34,37	41,09
Revenu du ménage										
Inférieur ou égal à 29 999 $	516	5 174	20,55	18,46	22,45	285	2 570	30,53	26,66	34,07
De 30 000 $ à 79 999 $	892	10 113	40,17	38,09	42,99	322	3 167	37,63	33,42	41,83
Égal ou supérieur à 80 000 $	471	6 226	24,73	22,25	26,67	130	1 422	16,90	13,78	20,06
Données manquantes	315	3 662	14,55	12,82	16,25	139	1 257	14,93	12,44	17,75
Autoévaluation de la santé										
Excellente/très bonne	1267	14 851	58,99	56,20	61,26	338	3 194	37,96	33,68	41,14
Bonne	640	7 506	29,81	27,44	32,24	328	3 230	38,38	34,80	42,39
Passable/mauvaise	266	2 667	10,59	9,32	12,29	198	1 891	22,47	19,35	26,21
Certains problèmes de santé chroniques[2]										
Aucun	1318	16 760	66,57	64,29	68,46	...	...	...	...	...
Un	445	4 352	17,29	15,50	19,17	445	4 352	51,71	47,47	55,62
Deux ou plus	431	4 064	16,14	14,68	17,90	431	4 064	48,29	44,38	52,53
Type de soins										
Médecin habituel	1903	21 536	85,55	83,62	87,22	826	7 838	93,13	91,13	95,25
Lieu habituel d'obtention des soins	217	2 721	10,81	9,31	12,44	40	451	5,35[E]	3,50	7,10

... n'ayant pas lieu de figurer
[E] interpréter avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).
F supprimé à cause de la très grande variabilité d'échantillonnage (coefficient de variation supérieur à 33,3 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.
2. Arthrite, bronchopneumopathie obstructive chronique, maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabète et troubles de l'humeur (y compris la dépression).
Nota : La somme des pourcentages pourrait ne pas être égale à 100 % à cause des données manquantes, des refus et des réponses «ne sait pas ».
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Variables indépendantes

Les variables indépendantes comprennent les caractéristiques démographiques (âge et sexe), les caractéristiques socioéconomiques (niveau de scolarité, emploi et revenu) et l'état de santé (autoévaluation de l'état de santé et présence de problèmes de santé chroniques). L'âge a été inclus dans les analyses en tant que variable catégorique comportant trois catégories, à savoir 18 à 44 ans, 45 à 64 ans, et 65 ans et plus.

Les participants à l'enquête ont été répartis en quatre groupes, d'après le niveau de scolarité le plus élevé déclaré : études secondaires partielles, diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires partielles, diplôme d'études postsecondaires et autre scolarité ou formation. La situation d'emploi a été définie en fonction des quatre catégories suivantes : emploi à temps plein, emploi à temps partiel, à la retraite et autre (par exemple, en chômage, aux études, parent restant à la maison). Nous avons défini trois groupes de revenu du ménage, à savoir moins de 30 000 $, de 30 000 $ à 79 999 $ et 80 000 $ et plus.

En ce qui concerne l'état de santé, les participants à l'enquête ont été classés dans l'un des trois groupes d'état de santé autodéclaré : excellent ou très bon; bon; et passable ou mauvais. Enfin, les participants ont été répartis entre les trois catégories suivantes : " aucun des problèmes de santé chroniques sélectionnés ", " seulement un des problèmes de santé chroniques sélectionnés " ou " deux problèmes de santé chroniques sélectionnés ou plus ". Les sept problèmes de santé chroniques étudiés sont l'arthrite, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), les maladies cardiaques, l'hypertension, le diabète et les troubles de l'humeur (y compris la dépression).

La catégorie " valeurs manquantes " représente les personnes qui ont répondu " ne sait pas " ou " refus " à toute question pertinente. Pour chaque projet, nous décrivons dans la partie " Technique d'analyse " comment les cas de données manquantes ont été pris en compte.

Tableau 2
Accès à des soins habituels et accès à une équipe de soins de santé primaire, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, 2007

Promotion/Prevention	Taille de l'échantillon	Population estimée		Limites de confiance à 95 %	
		milliers	%	de	à
Soins habituels avec accès à une équipe de soins de santé primaires	**852**	**9 904**	**39,3**	**36,9**	**42,1**
Accès à une infirmière ainsi qu'à d'autres professionnels de la santé chez le fournisseur habituel de soins	137	1 534	6,1	5,0	7,3
Accès à une infirmière uniquement chez le fournisseur habituel de soins	493	5 740	22,8	20,7	24,9
Accès à d'autres professionnels de la santé uniquement chez le fournisseur habituel de soins	222	2 630	10,4	9,0	12,0
Soins habituels sans accès à une équipe de soins de santé primaires	**993**	**11 056**	**43,9**	**41,3**	**46,4**
Pas de fournisseur de soins habituel	**65**	**781**	**3,1**	**2,3**	**4,1**
Données manquantes[1]	**284**	**3 435**	**13,6**	**11,6**	**15,3**
Total	**2 194**	**25 176**	**100,0**	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer
1. Comprend les personnes qui ont répondu « ne sait pas » ou « refus ».
Nota : Les soins habituels sont définis comme avoir un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Caractéristiques de l'échantillon étudié

Technique d'analyse

Nous avons calculé la prévalence pondérée de divers indicateurs démographiques, socioéconomiques, de l'état de santé et des soins de santé à l'aide du logiciel SAS (version 9.1) pour l'ensemble de la population Canadienne de 18 ans et plus, ainsi que pour les personnes ayant au moins un problème de santé chronique. Afin de tenir compte du plan de sondage complexe, nous avons appliqué la méthode du bootstrap pour estimer la variance et les intervalles de confiance.

Tableau 3
Distribution univariée des déterminants de l'accès à une équipe de soins de santé primaires, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, 2007

	Accès à une équipe de soins de santé primaires							Pas d'accès à une équipe de soins de santé primaires						
			% de ligne			% de colonne				% de ligne			% de colonne	
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Limites de confiance à 95%			Limites de confiance à 95%	Taille de l'échantillon	Population estimée		Limites confidence à 95%			Limites de confiance à 95%
	nombre	milliers	%	de	à	%	de à	nombre	milliers	%	de	à	%	de à
Âge														
18 à 44	347	4 539	38,4	35,0	42,5	45,8	42,7 49,5	378	4 779	40,4	36,3	43,8	43,2	39,6 46,3
45 à 64 ans	287	3 680	40,8	36,1	45,0	37,2	33,4 40,1	357	4 215	46,7	42,4	51,5	38,1	34,8 41,7
65 ans et plus	218	1 685	38,9	34,5	44,1	17,0	15,0 19,3	258	2 063	47,6	42,6	52,9	18,7	16,6 20,9
Sexe														
Hommes	346	4 437	35,9	32,5	40,0	44,8	41,9 48,3	432	5 420	43,8	40,0	47,5	49,0	46,0 51,9
Femmes	506	5 467	42,7	39,2	46,0	55,2	51,7 58,1	561	5 636	44,0	40,6	47,4	51,0	48,1 54,0
Niveau de scolarité														
Études secondaires partielles	168	1 816	42,0	36,2	48,0	18,3	15,3 21,6	173	1 783	41,2	34,8	47,1	16,1	13,5 18,9
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	316	3 546	37,6	33,7	41,6	35,8	31,6 39,3	376	4 302	45,6	42,0	49,8	38,9	35,5 42,3
Diplôme d'études secondaires	345	4 261	39,3	35,7	43,7	43,0	39,2 47,3	422	4 743	43,8	39,8	47,2	42,9	39,3 46,1
Autre scolarité ou formation	15	224	48,8[E]	26,1	67,4	2,3[E]	0,9 3,5	16	145	31,7[E]	14,5	53,2	1,3[E]	0,5 2,3
Emploi														
Emploi à temps plein	390	5 162	39,2	35,8	43,1	52,1	48,0 55,9	443	5 507	41,9	38,2	45,4	49,8	46,2 52,8
Emploi à temps partiel	85	1 110	41,0	32,6	47,9	11,2	8,3 13,5	101	1 143	42,2	34,9	51,0	10,3	8,1 12,8
À la retraite	224	1 776	38,5	33,9	43,5	17,9	15,6 20,7	273	2 295	49,8	44,8	54,9	20,8	18,6 23,4
Autre[1]	152	1 844	39,3	33,7	45,8	18,6	15,7 22,2	176	2 111	45,0	38,4	50,6	19,1	16,1 22,0
Revenu du ménage														
Inférieur ou égal à 29 999 $	198	1 939	37,5	32,8	43,5	19,6	16,7 22,9	244	2 444	47,2	41,3	52,4	22,1	18,7 25,0
De 30 000 $ à 79 999 $	341	3 889	38,5	34,6	42,4	39,3	35,7 43,4	398	4 377	43,3	39,4	47,1	39,6	36,2 43,7
Égal ou supérieur à 80 000 $	187	2 583	41,5	35,7	46,5	26,1	21,8 29,1	221	2 723	43,7	38,9	49,5	24,6	21,4 27,9
Données manquantes	126	1 493	40,8	34,6	48,2	15,1	12,3 18,1	130	1 512	41,3	34,0	47,9	13,7	10,8 16,3
Autoévaluation de la santé														
Excellente/très bonne	479	5 806	39,1	35,9	42,6	58,6	54,5 62,2	562	6 387	43,0	39,6	46,2	57,8	53,7 61,1
Bonne	247	2 757	36,7	32,2	41,5	27,8	24,3 31,4	304	3 548	47,3	42,7	52,0	32,1	28,5 35,9
Passable/mauvaise	120	1 308	49,0	41,8	56,2	13,2	10,8 16,0	115	1 020	38,2	31,6	45,6	9,2	7,4 11,6
Certains problèmes de santé chroniques[2]														
Aucun	488	6 230	37,2	34,1	40,7	62,9	59,2 66,6	574	7 178	42,8	39,4	46,0	64,9	61,0 68,2
Un	168	1 732	39,8	33,9	45,4	17,5	14,3 20,5	221	2 125	48,8	42,9	54,6	19,2	16,4 22,2
Deux ou plus	196	1 941	47,8	41,5	54,0	19,6	16,7 22,8	198	1 753	43,1	37,4	49,7	15,8	13,6 18,8
Type de soins														
Médecin habituel	758	8 675	40,3	37,7	43,3	87,6	84,8 90,3	918	10 199	47,4	44,5	50,2	92,3	90,0 94,2
Lieu habituel d'obtention des soins	94	1 228	45,1	37,2	53,0	12,4	9,7 15,2	75	856	31,5	24,4	39,1	7,8	5,8 10,0

[E] à utiliser avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %)

1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.
2. Arthrite, bronchopneumopathie obstructive chronique, maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabète et troubles de l'humeur (y compris la dépression).

Nota : La somme des pourcentages pourrait ne pas être égale à 100 % à cause des données manquantes, des refus et des réponses «ne sait pas ». Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.

Source: Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau 4
Rapports de cotes corrigés reliant certaines caractéristiques au fait d'avoir accès à une équipe de soins de santé primaires, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins, Canada, 2007

	Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %	
		de	à
Âge			
18 à 44	1,000	...	...
45 à 64 ans	0,875	0,659	1,162
65 ans et plus	0,878	0,553	1,393
Sexe			
Hommes	1,000	...	...
Femmes	1,209	0,946	1,545
Niveau de scolarité			
Études secondaires partielles	1,216	0,857	1,726
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	0,995	0,759	1,303
Diplôme d'études secondaires	1,000	...	...
Autre scolarité ou formation	1,667	0,592	4,699
Emploi			
Emploi à temps plein	1,000	...	...
Emploi à temps partiel	1,022	0,683	1,527
À la retraite	0,793	0,510	1,234
Autre[1]	0,811	0,560	1,174
Revenu du ménage			
Inférieur ou égal à 29 999 $	0,738	0,490	1,112
De 30 000 $ à 79 999 $	0,902	0,662	1,227
Égal ou supérieur à 80 000 $	1,000	...	...
Données manquantes	1,014	0,659	1,560
Autoévaluation de la santé			
Excellente/très bonne	1,000	...	...
Bonne	0,857	0,659	1,115
Passable/mauvaise	1,430*	0,971	2,106
Certains problèmes de santé chroniques[2]			
Aucun	1,000	...	...
Un	1,074	0,759	1,519
Deux ou plus	1,485**	1,028	2,145
Type de soins			
Médecin habituel	0,564**	0,377	0,844
Lieu habituel d'obtention des soins	1,000	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,10)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,05)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.
2. Arthrite, bronchopneumopathie obstructive chronique, maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabète et troubles de l'humeur (y compris la dépression).
Note: Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.
Source: Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Résultats

Les statistiques descriptives pour l'échantillon complet et pour les personnes atteintes d'au moins un problème de santé chronique sont présentées au tableau 1. Près de la moitié (47,0 %) des membres de l'échantillon complet étaient âgés de 18 à 44 ans. Ceux présentant au moins un problème de santé chronique avaient tendance à être plus âgés, et plus de la moitié d'entre eux (57,0 %) étaient des femmes. Une bonne moitié des membres de l'échantillon complet travaillaient à temps plein, comparativement à 34,6 % des personnes ayant au moins un problème de santé chronique. Comme il fallait s'y attendre, la majorité (59,0 %) des membres de l'échantillon complet ont dit être en excellente ou en très bonne santé, comparativement à 38,0 % des personnes ayant au moins un problème de santé chronique. Dans chaque échantillon, la majorité des personnes ont dit avoir un médecin habituel, soit 85,6 % et 93,1 %, respectivement.

Projet 1 - Déterminants des équipes de soins de santé primaires

Technique d'analyse

Nous avons réalisé des analyses univariées pondérées des déterminants de l'accès à une équipe de soins de santé primaires sur l'échantillon complet (n = 2 194) en utilisant le logiciel SAS (version 9.1). En outre, nous avons effectué des analyses par régression logistique multivariée sur l'échantillon de personnes ayant déclaré avoir un fournisseur de soins de santé primaires pour lesquelles aucune donnée ne manquait pour le niveau de scolarité, la situation d'emploi et l'autoévaluation de l'état de santé (n = 1 812) en utilisant le logiciel Sudaan appelable en SAS (version 9.1.3). Nous avons créé les modèles progressivement, en commençant par les caractéristiques démographiques, puis en ajoutant les caractéristiques socioéconomiques, puis les variables de l'état de santé et enfin le type de soins. Nous présentons les résultats pour le modèle complet, ainsi que les rapports de cotes corrigés. Nous avons appliqué la méthode du bootstrap à toutes les analyses pour tenir compte du plan de sondage complexe et pour offrir des analyses de sensibilité en vue de valider les résultats.

Tableau 5
Répartition des processus de soins, Canada, 2007

	Total (n=2 194)					Au moins un problème de santé chronique (n = 876)				
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Limites de confiance à 95 %		Taille de l'échantillon	Population estimée		Limites de confiance à 95 %	
	nombre	milliers	%	de	à	nombre	milliers	%	de	à
Promotion/prévention[1]										
< 75 %	770	8 948	53,34	50,17	56,27	361	3 737	54,32	49,35	58,19
≥ 75 %	729	7 827	46,66	43,73	49,83	346	3 142	45,68	41,81	50,65
Non-coordination des soins[1]										
Non	1 211	13 431	76,30	73,61	78,90	543	5 250	73,14	68,94	76,89
Oui	374	4 171	23,70	21,10	26,39	195	1 928	26,86	23,11	31,06
Qualité des soins de santé primaires[1]										
Excellente/très bonne/bonne	1 499	16 578	92,57	90,87	94,19	699	6 799	94,48	92,25	96,44
Passable/médiocre	112	1 330	7,43	5,81	9,13	42	398	5,52[E]	3,56	7,75
Qualité des soins de santé primaires[1]										
Excellente/très bonne	1 226	13 403	74,84	72,11	77,33	595	5 801	80,60	77,05	84,02
Bonne/passable/médiocre	385	4 505	25,16	22,67	27,89	146	1 396	19,40	15,98	22,95
Qualité de l'ensemble des soins de santé[1]										
Excellente/très bonne/bonne	1 447	16 011	90,72	89,01	92,42	678	6 564	92,66	90,40	94,96
Passable/médiocre	141	1 638	9,28	7,58	10,99	55	520	7,34	5,04	9,60
Qualité de l'ensemble des soins de santé[1]										
Excellente/très bonne	1 122	12 214	69,21	66,50	71,95	544	5 232	73,85	70,46	77,81
Bonne/passable/médiocre	466	5 434	30,79	28,05	33,50	189	1 853	26,15	22,19	29,54
Besoins non satisfaits[2]										
Oui	207	2 320	9,28	7,87	10,73	87	815	9,75	7,35	12,01
Non	1 970	22 686	90,72	89,27	92,13	779	7 544	90,25	87,99	92,65
Reçoit une gamme complète de services[3]										
Oui (tout à fait d'accord/d'accord)	1 927	22 105	92,50	90,93	93,74	790	7 591	92,63	90,36	94,56
Non (en désaccord/tout à fait en désaccord)	158	1 793	7,50	6,26	9,07	66	604	7,37	5,44	9,64
PACIC – Soin global de la personne (moyenne)[4]	...	...	...	...	...	849	8 100	32,48	31,44	33,31
PACIC – Coordination des soins (moyenne)[4]	...	...	...	...	...	845	8 086	12,46	11,89	12,92

... n'ayant pas lieu de figurer
[E] interpréter avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %)
1. Question posée aux personnes de 18 ans et plus qui avaient rendu visite ou parlé à un médecin de famille ou un omnipraticien au moins au cours des 12 derniers mois.
2. Question posée aux personnes de 18 ans et plus.
3. Question posée aux personnes de 18 ans et plus qui avaient un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins.
4. Question posée aux personnes de 18 ans et plus qui avaient au moins un problème de santé chronique.
Nota : La somme des pourcentages pourrait ne pas être égale à 100 % à cause des données manquantes, des refus et des réponses « ne sait pas ».
Source: Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Résultats

Analyse univariée

Nous avons défini l'accès à une équipe de soins de santé primaires comme étant l'accès à une infirmière ou un autre professionnel de la santé (par exemple, diététicien, nutritionniste) ou les deux, au cabinet du médecin habituel ou au lieu habituel d'obtention des soins. Près de 4 Canadiens sur 10 (39,3 %) ont dit avoir accès à une équipe de soins de santé primaires (tableau 2). En plus de leur fournisseur de soins habituel, 6,1 % de Canadiens ont déclaré qu'ils avaient accès à une infirmière ainsi qu'à d'autres professionnels de la santé, 22,8 %, qu'ils avaient accès à une infirmière seulement, 10,4 %, qu'ils avaient accès à d'autres professionnels de la santé seulement et 43,9 %, qu'ils n'avaient accès ni à une infirmière ni à d'autres professionnels de la santé.

La proportion ayant accès à une équipe de soins de santé primaires variait d'un creux de 35,9 % chez les hommes à près de la moitié parmi le groupe des personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise (49,0 %) ou celui des personnes souffrant de deux problèmes de santé chroniques ou plus (47,8 %) (tableau 3, ligne %). (D'autres résultats de l'analyse univariée sont présentés au tableau 3.)

Tableau 6
Rapports de cotes corrigés reliant l'accès à une équipe de soins de santé primaires à divers processus de soins, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins, Canada, 2007

	Total			Au moins un problème de santé chronique		
Résultats des processus	Rapport de[1] cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %		Rapport de[2] cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Modèle 1						
Probabilité d'obtenir 75 % de la promotion/prévention nécessaire[2]	1,297*	0,983	1,711	1,573**	1,023	2,418
Modèle 2						
Probabilité de vivre au moins un événement de non-coordination des soins[2]	0,939	0,687	1,283	1,236	0,798	1,914
Modèle 3						
Probabilité de recevoir des soins de santé primaires de qualité passable/médiocre[2]	0,753	0,424	1,337	0,260**	0,084	0,802
Modèle 4						
Probabilité de recevoir des soins de santé primaires de qualité très bonne/excellente[2]	1,073	0,781	1,475	1,459	0,874	2,436
Modèle 5						
Probabilité de recevoir un ensemble de soins de santé de qualité passable/médiocre[2]	0,719	0,439	1,177	0,395**	0,177	0,879
Modèle 6						
Probabilité de recevoir un ensemble de soins de santé de qualité très bonne/excellente[2]	1,225	0,915	1,639	1,645**	1,041	2,601
Modèle 7						
Probabilité de ne pas avoir accès à des soins de santé quand cela est nécessaire	0,763	0,497	1,171	0,618	0,334	1,145
Modèle 8						
Probabilité de recevoir une gamme complète de services de soins de santé	1,319	0,837	2,080	1,502	0,675	3,341
Modèle 9						
Coefficient de régression linéaire du score sommaire « soin global de la personne » du PACIC[3]	...	...	...	13,578**	8,372	18,783
Modèle 10						
Coefficient de régression linéaire du score sommaire « coordination des soins » du PACIC[3]	...	...	...	1,288**	0,045	2,531

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,10$)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
1. Modèles corrigés pour l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le revenu, l'emploi, l'autoévaluation de l'état de santé et la présence de problèmes de santé chroniques, sauf les modèles 9 et 10 qui ne contiennent pas de correction pour la présence de problèmes de santé chroniques.
2. Parmi les personnes de 18 ans et plus qui avaient rendu visite ou parlé à un médecin de famille ou à un omnipraticien au moins au cours des 12 derniers mois.
3. Parmi les personnes de 18 ans et plus qui avaient au moins un problème de santé chronique.

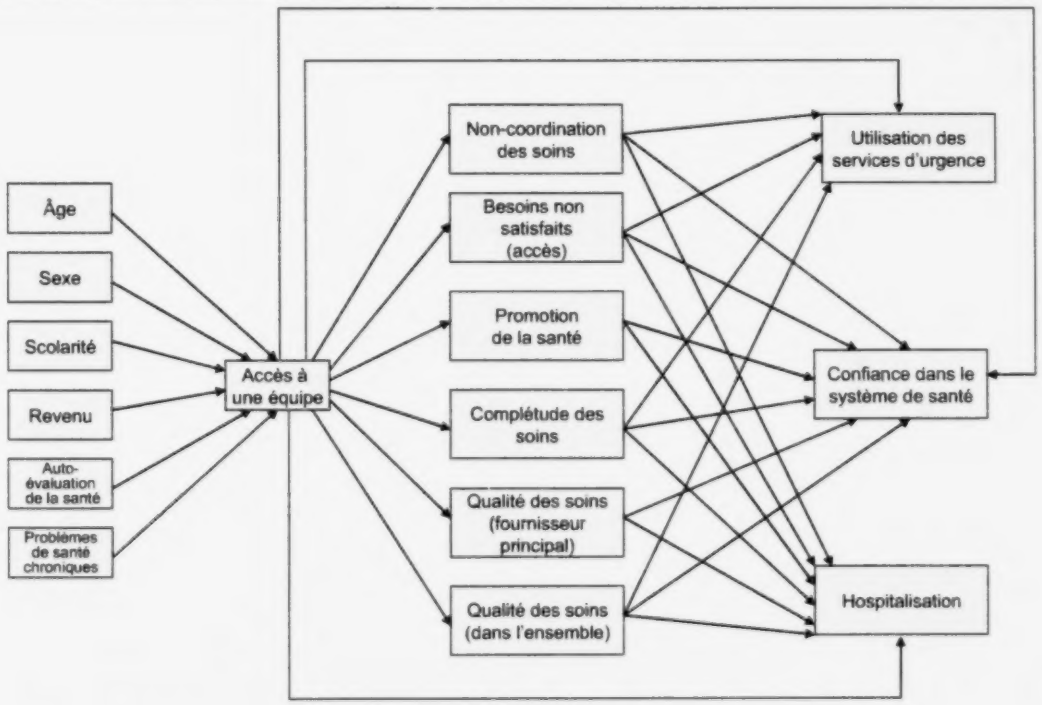
Nota : L'analyse porte sur les personnes ayant fourni une réponse valide pour le résultat et pour lesquelles aucune personne ne manque pour l'équipe de soins de santé primaires, le niveau de scolarité, l'emploi, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Régression logistique multivariée

Les résultats de l'analyse multivariée indiquent que l'état de santé et le type de soins sont les principaux facteurs associés à l'accès à une équipe de soins de santé primaires (tableau 4). La cote exprimant la possibilité d'avoir accès à une équipe était environ 1,5 fois plus élevée ($p < 0,05$) pour les personnes souffrant de deux problèmes de santé chroniques ou plus que pour celles n'en ayant aucun. De même, la cote exprimant la possibilité de déclarer avoir accès à une équipe était 1,4 fois plus élevée pour les personnes jugeant leur santé " passable/mauvaise " que pour celles la déclarant " très bonne/excellente "; cependant, les résultats ne sont statistiquement significatifs qu'au seuil de signification de 10 % ($p < 0,10$).

La cote exprimant la possibilité d'avoir accès à une équipe de soins de santé primaires était plus faible ($RC = 0,56$; $p < 0,05$) pour les personnes ayant un médecin habituel que pour celles n'en ayant pas, mais ayant déclaré avoir un lieu habituel d'obtention des soins.

Figure 1
Modèle d'équations structurelles postulé



Project 2 - Effet des équipes de soins de santé primaires sur les processus de soins

Technique d'analyse

Nous avons utilisé le logiciel SAS (version 9.1) pour calculer la prévalence pondérée des 10 variables de processus principales pour l'ensemble de la population de 18 ans et plus, ainsi que pour les personnes présentant au moins un problème de santé chronique. Afin de tenir compte du plan de sondage complexe, nous avons utilisé la méthode du bootstrap pour estimer la variance et les intervalles de confiance.

Nous avons construit 10 modèles multivariés distincts pour évaluer la relation entre l'accès à une équipe de soins de santé primaires et une gamme de mesures des processus de soins. Nous avons ajusté les modèles afin de tenir compte des caractéristiques des patients, dont leurs caractéristiques démographiques, leur statut socioéconomique et leur état de santé. Nous avons effectué des analyses par régression logistique multivariée pour modéliser la cote exprimant la possibilité d'obtenir 75 %

des services de promotion/prévention nécessaires (modèle 1), la possibilité de faire face à au moins un événement de non-coordination de soins (modèle 2), la possibilité de recevoir des soins de santé primaires passables/médiocres (modèle 3), la possibilité de recevoir des soins de santé primaires excellents/très bons (modèle 4), la possibilité de recevoir des soins passables/médiocres (modèle 5), la possibilité de recevoir des soins globaux excellents/très bons (modèle 6), la possibilité de ne pas obtenir des soins quand ils sont nécessaires (modèle 7) et la possibilité d'obtenir une gamme complète de services de soins de santé (modèle 8). Nous avons exécuté des régressions linéaires multivariées pour évaluer la relation entre les équipes de soins de santé primaires et le soin global de la personne (modèle 9), d'une part et la coordination des soins (modèle 10), d'autre part, chez les personnes atteintes de problèmes de santé chroniques.

Nous avons appliqué la méthode du bootstrap à toutes les analyses par régression en nous servant du logiciel Sudaan appelable en SAS (version 9.1.3) afin d'estimer la variance et les intervalles de confiance en tenant compte du plan de sondage complexe.

Résultats

Analyse univariée

Les résultats de l'analyse univariée en ce qui concerne les expériences des Canadiens à l'égard de processus particuliers de soins sont variables. Dans l'ensemble, les Canadiens ont déclaré que les soins de santé qu'ils avaient reçus en général et les services de soins de santé primaires en particulier étaient excellents ou très bons. Environ 46 % des personnes ont reçu au moins 75 % des services de prévention et de promotion admissibles (tableau 5). En outre, 1 personne sur 4 (23,5 %) a indiqué qu'elle avait vécu au moins un événement de non coordination des soins. Environ 10 % ont indiqué qu'elles avaient eu un besoin non satisfaits de soins au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête.

Régression logistique multivariée

L'association entre l'accès à une équipe de soins de santé primaires et divers indicateurs de processus est significative après correction pour tenir compte des caractéristiques des patients. La cote exprimant la possibilité d'avoir reçu 75 % ou plus des services de promotion/prévention nécessaires était significativement plus élevée pour les personnes ayant accès à une équipe de soins de santé primaires (RC = 1,297; $p < 0,10$) que pour celles n'ayant pas cet accès (tableau 6, modèle 1). Parmi les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques, la cote exprimant la possibilité d'avoir reçu les services de prévention/promotion requis était 1,57 fois plus élevée ($p < 0,05$) pour les personnes ayant accès à une équipe de soins de santé primaires que pour leurs homologues n'ayant pas cet accès (les résultats pour le modèle complet figurent à l'annexe D).

Les personnes atteintes d'un problème de santé chronique qui avaient accès à une équipe de soins de santé primaires étaient significativement moins susceptibles de déclarer avoir reçu des soins de santé primaires de qualité passable/médiocre (RC = 0,260; $p < 0,05$) ou avoir reçu, dans l'ensemble, des soins de santé de qualité passable/médiocre (RC = 0,395; $p < 0,05$) que celles ayant accès à une équipe de soins de santé primaires (tableau 6, modèles 3 et 5). Comme il fallait s'y attendre, les premières étaient proportionnellement plus nombreuses à déclarer que, dans l'ensemble, les soins qu'elles avaient reçus étaient d'excellente ou de très bonne qualité (RC = 1,65; $p < 0,05$).

Les résultats des modèles de régression linéaire multivariée révèlent une association positive entre l'accès à une équipe de soins de santé primaires et la conduite du traitement des maladies chroniques. Les personnes atteintes d'un problème de santé chronique qui avaient accès à une équipe de soins de santé primaires ont fait part d'un niveau plus élevé de soin global de la personne, obtenant un score sommaire supérieur, en moyenne, de 13,578 points ($p < 0,05$) à celui des personnes n'ayant pas accès à une telle équipe. De même, parmi les personnes qui avaient bénéficié d'une meilleure coordination des soins, le score sommaire était, en moyenne, supérieur de 1,288 point ($p < 0,05$) à celui des personnes non suivies par une équipe de soins de santé primaires.

Projet 3 - Chemins reliant les équipes de soins de santé primaires et les résultats des soins

Technique d'analyse

Le dernier projet consiste à évaluer, suivant une approche globale, les liens sous jacents entre les équipes de soins de santé primaires et les résultats des soins. Le modèle débute par un ensemble de caractéristiques des répondants que l'on supposait être associées à l'accès à une équipe de soins de santé primaires et qui sont incluses à titre de variables de contrôle. Nous considérons que les équipes de soins de santé primaires ont une incidence sur plusieurs processus de soins de santé primaires

qui, à leur tour, selon notre hypothèse, influencent trois résultats des soins, à savoir la confiance dans le système de santé, l'utilisation des services d'urgence et le risque d'hospitalisation. Nous prenons ces trois résultats en considération dans un modèle unique reflétant les relations hypothétiques avec les variables pertinentes (figure 1). Nous avons défini ces relations hypothétiques en nous basant sur un cadre d'évaluation du rendement et de responsabilisation établi pour ce secteur à la suite a) des analyses de politique destinées à préciser les buts et les objectifs pertinents pour le renouvellement des soins de santé primaires au Canada, b) d'une revue de la littérature en vue de justifier les relations entre les intrants de soins de santé primaires, les activités et les résultats, et c) des consultations avec plus de 650 chercheurs, décideurs, administrateurs et fournisseurs de soins de santé (Watson et coll., 2004).

Pour estimer le modèle, nous recourons à la modélisation par équation structurelle (MES) (Millsap, 2002), technique conçue pour tester la convergence entre des modèles théoriques complexes et les données observées.

Cette approche permet de procéder à l'évaluation statistique des résultats des équipes de soins de santé primaires sous une perspective plus dynamique qui nous permettra de dégager les domaines où une intervention pourrait être nécessaire; plus précisément, la mesure dans laquelle la modification de variables en amont (par exemple, l'accès à des équipes de soins de santé primaires) pourrait améliorer les résultats des soins de santé par la voie des processus de soins de santé.

La modélisation par équation structurelle est fondée sur des méthodes de régression, mais elle les étend à la situation où certaines variables ont à la fois le rôle de prédicteurs et de résultats. Cette souplesse permet d'obtenir une représentation statistique plus significative d'une perspective théorique donnée des interrelations entre un ensemble de variables. La MES permet d'estimer simultanément les coefficients de régression correspondant à tous ces liens hypothétiques et de calculer des estimations des effets indirects ou de médiation qui quantifient certaines " réactions en chaîne " entre les variables clés (par exemple, l'effet de l'accès à une équipe de soins de santé primaires sur les résultats des soins, par l'intermédiaire de divers processus de soins). En outre, le fait d'inclure les effets directs de l'accès à une équipe de soins de santé primaires sur les trois résultats (confiance dans le système de santé, utilisation des services d'urgence et risque d'hospitalisation) permet de décomposer les effets totaux en effets directs et indirects, afin d'évaluer la mesure dans laquelle les médiateurs (processus de soins) expliquent l'association globale observée entre les équipes de soins de santé primaires et les résultats des soins.

Définition des variables

En ce qui concerne le volet de la modélisation par équation structurelle de l'étude, nous avons défini la plupart des variables exactement de la même façon que pour les projets 1 et 2, mais certaines exceptions méritent d'être soulignées. Premièrement, les personnes ayant répondu " autre scolarité ou formation " (n = 37) n'ont pas été incluses dans cette analyse, parce que la MES requiert que, pour toutes les variables catégoriques, les catégories de réponse soient ordonnées le long d'un continuum. Deuxièmement, alors que les catégories de réponse de certaines variables ont été regroupées pour la régression logistique multivariée, elles ne l'ont pas été pour la MES afin de maximiser l'information disponible. Plus précisément, les autoévaluations de l'état de santé et de la qualité des soins (prodigués par les fournisseurs de soins primaires ainsi que dans l'ensemble) ont été modélisées en utilisant la série complète de catégories de réponse, recodées de façon que les scores plus élevés reflètent une meilleure autoévaluation de la santé ou de la qualité des soins : 1 = mauvaise/médiocre, 2 = passable, 3 = bonne, 4 = très bonne, 5 = excellente. En outre, la complétude des soins a été définie en utilisant l'échelle originale de cinq points, recodée de façon que les scores plus élevés représentent une plus grande complétude des soins : 1 = Tout à fait en désaccord, 2 = En désaccord, 3 = D'accord, 4 = Tout à fait d'accord. La distribution des variables qui décrivent les résultats des soins se trouve à l'annexe E.

Stratégie de modélisation et méthode d'estimation

La modélisation par équation structurelle (MES) a été réalisée à l'aide du progiciel Mplus (version 5.0) (Muthén et Muthén, 1998 2007), en utilisant un estimateur par les moindres carrés pondérés avec chi carré ajusté sur la moyenne et sur la variance (estimateur WLSMV) (Flora et Curran, 2004; Muthén, du Toit et Spisic, sous presse). Dans ce modèle, tous les liens ont été représentés par des équations de régression respectant la nature de la variable dépendante particulière (Muthén et Muthén, 1998 2007). Pour les variables dépendantes dichotomiques et catégoriques ordonnées (par exemple, accès à une équipe de soins de santé primaires, évaluation de la qualité des soins), nous avons utilisé des modèles de régression probit. Cette méthode repose sur l'hypothèse que les catégories de réponse brutes sur la variable dépendante sont simplement des " seuils " sur une variable sous jacente continue, normalement distribuée.

Cette hypothèse est raisonnable pour la majorité des applications. Ainsi, il existe habituellement un continuum réel de " concordance " avec les items de l'enquête mesurant les attitudes, même si, pour des raisons opérationnelles, il n'est fourni

qu'un nombre limité de catégories de réponse (par exemple, 1 = Tout à fait en désaccord, 2 = En désaccord, 3 = D'accord, 4 = Tout à fait d'accord). Il est considéré que les personnes tombent dans une catégorie discrète donnée sur l'échelle observée, parce qu'elles excèdent une valeur seuil donnée sur une variable de réponse sous jacente continue. Cette hypothèse permet, ce qui est statistiquement commode, de modéliser la variable de réponse continue sous jacente, qui est placée dans la métrique normale standard (statistique de test z), plutôt que la variable catégorique observée.

Nous avons modélisé les résultats continus par la régression linéaire. L'un de ces résultats était la promotion de la santé/prévention des maladies (défini comme étant le " % possible " de promotion de la santé pour chaque personne), et l'autre était une variable latente de confiance dans le système de santé. La modélisation sur ces items en tant que reflets d'une variable latente continue unique nous a permis de les représenter plus parcimonieusement et d'éliminer l'erreur de mesure. La variable latente de confiance dans le système de santé était, elle même, prédite ici par l'accès à une équipe de soins de santé primaires et divers processus de soins.

Traitement des données manquantes

Sous l'estimateur WLSMV, les données manquantes peuvent être prises en compte en permettant de retenir dans l'analyse les cas complets ainsi qu'incomplets, suivant une approche en deux étapes (Muthén et Muthén, 1998 2007). À la première étape, on procède à la régression simultanée de tous les résultats observés sur les covariables exogènes, en permettant que les valeurs manquantes soient modélisées sous forme d'une fonction des covariables (ici, l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le revenu, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques). Bien qu'aucune valeur manquante ne soit effectivement imputée, la distribution conditionnelle des valeurs manquantes en fonction des covariables peut être, dans une certaine mesure, inférée ou " empruntée ", à partir de régressions sur les données complètes. Par conséquent, cette régression multivariée produit un ensemble plus robuste de statistiques d'entrée pour la modélisation par équation structurelle (par exemple, seuils, constantes, coefficients de régression et corrélations résiduelles), qui préservent toute l'information contenue dans les données complètes et l'étoffent à l'aide de l'information disponible dans les cas incomplets. Les seuls cas exclus de l'analyse initiale par régression multivariée sont ceux pour lesquels des données manquent sur les covariables exogènes et(ou) pour tous les résultats observés. À la deuxième étape, la modélisation par équation structurelle est ajustée aux données d'entrée produites à la première étape par la régression multivariée. Cette méthode est supérieure aux approches plus conventionnelles de suppression listwise ou pairwise des cas de données manquantes avant l'analyse, qui peuvent produire des résultats gravement biaisés, à moins que les données ne manquent entièrement au hasard (Little et Rubin, 2002; Allison, 2003).

Tableau 7
Historique des modifications du modèle

Essai de modélisation	Statistique de test χ^2	Indices d'ajustement approximatif	Principale modification proposée du modèle	Valeur de LMχ^2 pour la principale modification proposée du modèle
1	χ^2 (ddl = 50, N = 1 257) = 592,144, p < 0.001	CFI = 0,835 TLI = 0,825 RMSEA = 0,093	Régression de la qualité2 (soins de santé en général) sur la qualité1 (fournisseur de soins de santé).	LMχ^2 (ddl = 1, N = 1 257) = 130,301, p < 0,001
2	χ^2 (ddl = 48, N = 1 257) = 472,503, p < 0.001	CFI = 0,871 TLI = 0,857 RMSEA = 0,084	Régression de la qualité1 (fournisseur de soins de santé) sur la complétude des soins.	LMχ^2 (ddl = 1, N = 1 257) = 92,670, p < 0,001
3	χ^2 (ddl = 47, N = 1 257) = 380,796, p < 0.001	CFI = 0,898 TLI = 0,885 RMSEA = 0,075	Régression de la complétude des soins sur la promotion de la santé	LMχ^2 (ddl = 1, N = 1 257) = 55,820, p < 0,001
4	χ^2 (ddl = 45, N = 1 257) = 309,237, p < 0.001	CFI = 0,919 TLI = 0,905 RMSEA = 0,068	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : L'essai de modélisation 1 correspond au modèle théorique original décrit aux figures 1 et 2; les essais de modélisation 2 et 3 englobent toutes les modifications principales proposées du modèle précédentes. « S.O. » en ce qui concerne l'essai de modélisation 4 représente le fait qu'à ce point, un ajustement satisfaisant avait été obtenu d'après tous les indices d'ajustement approximatif et qu'aucun autre résultat de test LM n'a été consulté.

Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Pondération

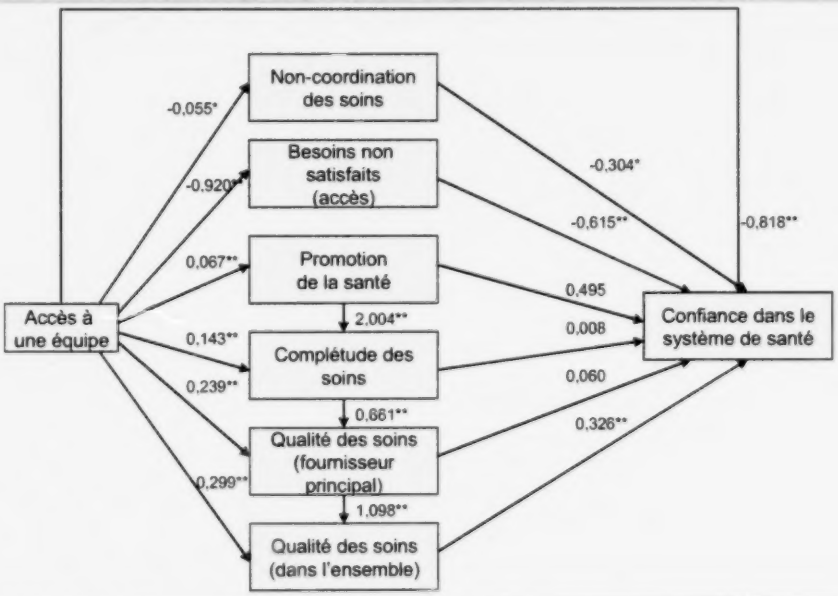
Pour obtenir des estimations sans biais des paramètres du modèle factoriel, nous avons appliqué les poids de sondage pour tenir compte des probabilités inégales de sélection (Asparouhov, 2006; Kaplan et Ferguson, 1999). Nous avons calculé les estimations de la variance par la méthode du bootstrap, puisque Mplus 5.0 n'est pas doté d'une fonction permettant de produire des poids de rééchantillonnage.

Évaluation de la qualité de l'ajustement du modèle χ^2

Nous nous sommes appuyés sur divers indices pour évaluer l'ajustement du modèle. Pour tester la qualité globale de l'ajustement, nous avons utilisé la statistique du chi carré (χ^2). La statistique du χ^2 permet de vérifier si les données diffèrent significativement du modèle. Cependant, χ^2 est corrélé positivement à la taille de l'échantillon si le modèle n'est pas exactement correct (Browne et Cudeck, 1993). Étant donné que la plupart des modèles statistiques sont, au mieux, des approximations de la réalité plutôt que des concordances exactes (McDonald et Marsh, 1990), nous avons complété le χ^2 par trois indices d'ajustement approximatif d'usage très répandu sur lesquels la taille de l'échantillon n'a que relativement peu d'incidence, à savoir l'indice d'ajustement comparatif (Comparative Fit Index ou CFI) (Bentler, 1990), l'indice d'ajustement de Tucker Lewis (Tucker Lewis Fit Index ou TLI) (Bentler et Bonett, 1980) et la racine carrée de l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (Root Mean Squared Error of Approximation ou RMSEA) (Steiger, 2000). En outre, au cas où le modèle théorique initial ne serait pas ajusté aux données, nous avons utilisé des tests du multiplicateur de Lagrange (Lagrangian Multiplier ou LM) pour repérer des chemins d'action supplémentaires à estimer (Bentler et Chou, 1993).

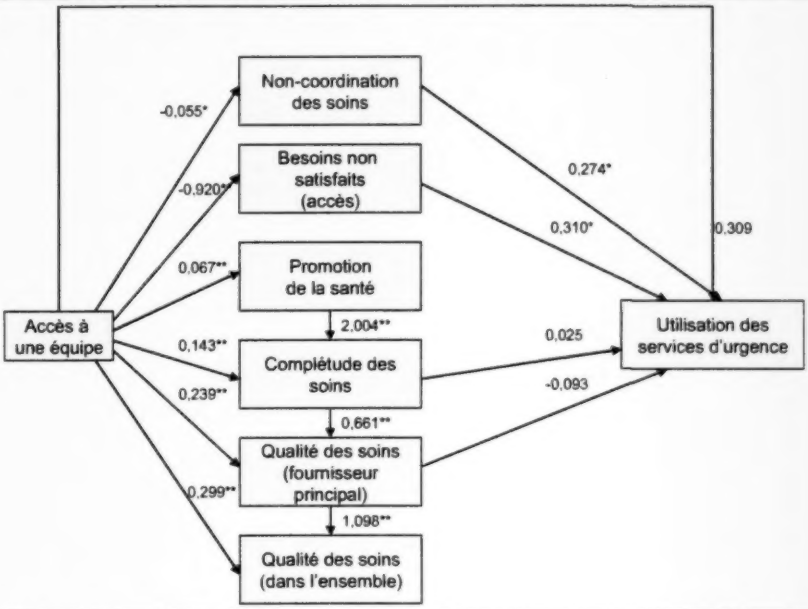
Le CFI compare l'ajustement du modèle théorique à celui d'un modèle alternatif " nul " supposant que les variables observées sont entièrement non corrélées. L'indice CFI varie entre 0 et 1, les valeurs ≥ 0,90 reflètent un modèle bien ajusté (Bentler, 1990). Le TLI évalue également l'ajustement du modèle théorique comparativement à un modèle nul, mais fournit un ajustement du nombre de degrés de liberté (ddl). Comme pour le CFI, des valeurs TLI ≥ 0,90 indiquent un bon ajustement, mais

Figure 2
Modèle estimé final, confiance dans le système de santé comme résultat final



* le coefficient est significatif au seuil de signification de 0,05
** le coefficient est significatif au seuil de signification de 0,01
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Figure 3
Modèle estimé final, utilisation des services d'urgence comme résultat final



* le coefficient est significatif au seuil de signification de 0,05
** le coefficient est significatif au seuil de signification de 0,01
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

certaines d'entre elles peuvent tomber en dehors de l'intervalle 0-1. Le RMSEA mesure la quantité moyenne de mauvais ajustement entre le modèle et les données, sur la totalité des degrés de liberté. Le RMSEA varie entre 0 et $+\infty$ et des valeurs $\leq 0{,}10$ indiquent un ajustement adéquat (Browne et Cudeck, 1993).

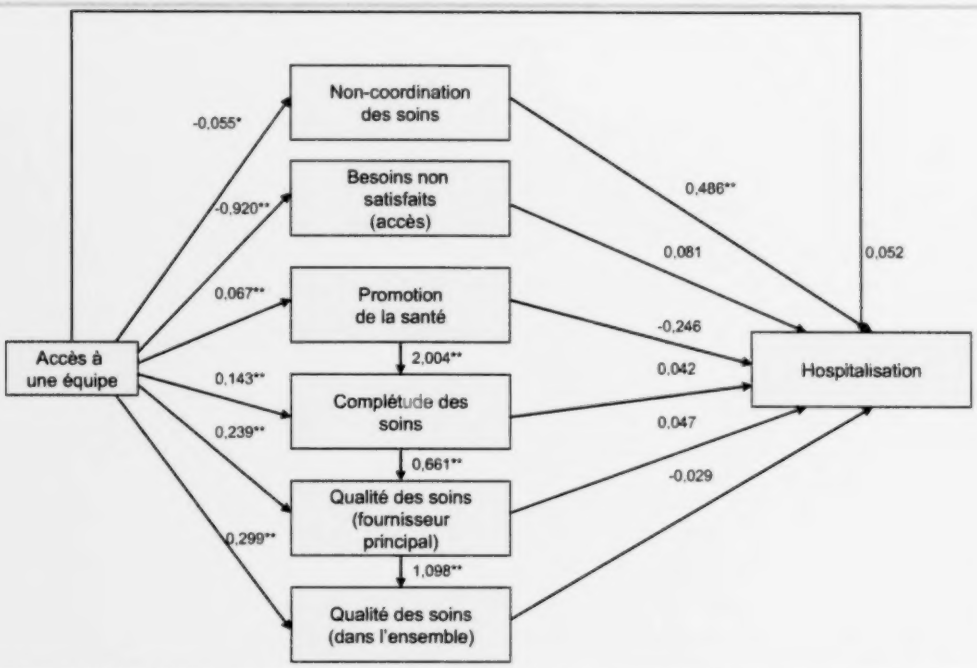
Enfin, le test LM (Bentler et Chou, 1993) détermine quels chemins pourraient être ajoutés au modèle pour l'améliorer. Pour chaque chemin d'action qui n'est pas estimé au départ, le test LM montre la réduction de la statistique du χ^2 qui serait produite en estimant son effet. Des valeurs significatives de LMχ^2 (évaluées sur un ddl) indiquent qu'il serait raisonnable d'ajouter un chemin particulier, à condition que la modification soit également sensée du point de vue théorique et méthodologique.

Évaluation des effets directs et indirects

En plus d'évaluer la qualité globale de l'ajustement du modèle, il est important d'examiner l'ordre de grandeur et la signification des estimations des paramètres individuels, en particulier les estimations des effets directs et indirects dans le modèle (MacKinnon, Fairchild et Fritz, 2007). Nous entendons par effet direct d'une variable sur une autre un effet qui n'est transmis par l'entremise d'aucune variable intermédiaire. Par exemple, l'effet de l'accès à une équipe de soins de santé primaires sur la promotion de la santé est un effet direct, puisqu'aucune autre variable ne figure sur ce chemin d'action. Par contre, un effet indirect est un effet qui est transmis par l'entremise de plusieurs variables intermédiaires. Par exemple, le modèle postule des effets indirects de l'accès à une équipe de soins de santé primaires sur la confiance dans le système de santé, par la voie de toutes les variables de processus.

Tous les effets directs sont estimés simultanément, et la signification de chacun est testée en utilisant une statistique de ratio critique (tests z). Les effets indirects sont estimés par après, en se basant sur les effets directs. Nous adoptons ici deux approches pour évaluer les effets indirects, à savoir la méthode du produit des effets directs et la méthode de la signification conjointe des effets directs (MacKinnon et coll., 2002). Suivant la méthode du produit des effets directs, l'estimation ponctuelle d'un effet indirect particulier est le produit de tous les effets directs intervenants qui se trouvent le long d'un " conduit " particulier de processus de soins reliant l'accès à une équipe de soins de santé primaires au résultat final d'intérêt. En outre, les erreurs types des effets indirects sont calculées sous forme d'une combinaison complexe des erreurs types des effets

Figure 4
Modèle estimé final, hospitalisation comme résultat final



* le coefficient est significatif au seuil de signification de 0,05
** le coefficient est significatif au seuil de signification de 0,01
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

directs constituants, ce qui permet d'appliquer le test du ratio critique comme test de signification de l'effet indirect. Selon la méthode de la signification conjointe des effets directs, au lieu de calculer une estimation ponctuelle de l'effet indirect, chaque effet direct se trouvant sur un chemin particulier entre l'accès à une équipe de soins de santé primaires et un résultat final particulier doit être significatif.

L'avantage de la méthode du produit des effets directs tient au fait qu'elle quantifie l'effet indirect proprement dit. Cependant, chaque effet direct de la chaîne doit être relativement grand pour que le produit soit assez important et, par conséquent, la méthode peut manquer de puissance si l'un des effets directs constituants, voire tous, sont de faible importance. Ainsi, la signification conjointe des effets directs est utilisée comme test complémentaire de la présence des effets indirects (MacKinnon et coll., 2002).

Enfin, les tests de signification des effets directs de l'accès à une équipe de soins de santé primaires sur les résultats peuvent être utilisés pour évaluer la portée de la médiation, c'est à dire la mesure dans laquelle les médiateurs (processus de soins) proposés expliquent la relation entre les équipes de soins et les résultats finaux. En particulier, si l'analyse révèle à la fois des effets directs et des effets indirects significatifs, les variables de médiation n'expliquent pas entièrement l'association entre l'accès à une équipe de soins de santé primaires et un résultat donné. Par contre, s'il n'existe aucun effet direct résiduel de l'accès à une équipe de soins de santé primaires sur un résultat final particulier, il est considéré que la transmission de l'effet qu'ont les équipes sur ce résultat se fait entièrement par l'intermédiaire des processus de soins.

Le résultat de la modélisation par équation structurelle pourrait ne pas concorder avec ceux des analyses par régression logistique multivariée effectuées dans le cadre du projet 2. La MES s'appuie sur une méthode d'estimation différente et sur une spécification plus complexe du modèle que les analyses par régression logistique multivariée qui précèdent. Plus précisément, la méthode d'estimation choisie pour la MES est une méthode par les moindres carrés pondérés robustes, tandis que la régression logistique multivariée s'appuie sur l'estimation du maximum de vraisemblance. En outre, la MES englobe nombre des variables étudiées antérieurement en tant que résultats uniques dans une série de régressions logistiques multivariées et

postule un système de liens plus complexes entre elles. De surcroît, la méthode de traitement des données manquantes décrite plus haut permet d'utiliser les cas incomplets dans l'analyse, tandis que, dans la régression logistique, seuls les cas complets ont été utilisés. Par conséquent, il se peut que le profil des résultats statistiques diffère et suggère des implications de fond différentes. Toutes les statistiques d'ajustement du modèle sont résumées au tableau C.1.

Résultats

Estimation du modèle initial

Après l'application de la méthode de traitement des données manquantes décrite plus haut, 1 257 cas ont pu être retenus pour l'analyse de modélisation par équation structurelle. Le modèle hypothétique de départ (figure 1) s'écartait significativement des données selon le test χ^2 strict (χ^2 [ddl = 50, N = 1 257] = 592,144, $p < 0,01$) et n'était pas très bien ajusté non plus selon les indices d'ajustement approximatif (CFI = 0,835; TLI = 0,825; RMSEA = 0,093). Comme un manque d'ajustement global du modèle signifie que les estimations des paramètres individuels risquent d'être biaisées, nous avons tenté de modifier la structure du modèle, pour obtenir un ajustement satisfaisant avant de passer à l'examen des estimations individuelles.

Respécification et réestimation du modèle

Afin de déterminer le meilleur moyen de modifier le modèle pour améliorer l'ajustement, nous avons examiné les résultats des tests LMχ^2 et nous avons ajouté pas à pas des chemins d'action au modèle. À chaque étape, nous avons ajouté au modèle la modification proposée correspondant à l'amélioration la plus importante de l'ajustement statistique, puis nous avons réestimé le modèle. En outre, nous avons imposé la condition que chaque modification soit conceptuellement et méthodologiquement raisonnable. Le tableau 7 résume les étapes suivies pour obtenir un ajustement acceptable.

Toutes les modifications proposées par la méthode LM paraissent sensées. Premièrement, il semble raisonnable que la qualité des soins prodigués à une personne par un fournisseur de soins de santé primaires influence l'évaluation faite par cette personne de la qualité des soins reçus dans l'ensemble, puisque la première est essentiellement encapsulée dans la seconde. Deuxièmement, on pourrait s'attendre à ce que les perceptions de la complétude des soins délivrés par le principal fournisseur aient une incidence sur l'évaluation de la qualité des soins prodigués par ce fournisseur. Troisièmement, l'existence d'une relation entre la promotion de la santé et la perception de la complétude des soins est plausible, puisque la promotion de la santé reflète l'un des éléments de la complétude ou de la portée des soins. Nous avons interrompu le processus de modification du modèle aussitôt que nous avons obtenu un ajustement acceptable. L'apport d'un trop grand nombre de modifications pourrait accroître le risque d'analyser des caractéristiques aléatoires de l'échantillon courant et mènerait, en bout de ligne, à un modèle saturé qu'il serait difficile d'interpréter d'une manière sensée.

Modèle final

Les figures 2, 3 et 4 présentent les estimations des paramètres du modèle final, qui comprend les modifications décrites au tableau 7. (Par souci de lisibilité, nous présentons un diagramme distinct pour chaque résultat final, bien que les trois résultats soient modélisés simultanément). Il est difficile d'attribuer une signification de fond précise aux coefficients estimés des figures 2 à 4, étant donné la façon dont nombre des variables sont modélisées. En particulier, pour les variables dépendantes catégoriques (par exemple, l'accès à une équipe de soins de santé primaires, la qualité perçue des soins), nous supposons qu'une variable continue standardisée sous tend les catégories observées brutes et nous la générons pour le besoin de la modélisation. Par exemple, le coefficient de 0,299 mesurant la relation entre l'accès à une équipe de soins de santé primaires et la qualité perçue des soins de santé reçus dans l'ensemble signifie que, pour une augmentation d'une unité d'écart type de la variable continue hypothétique sous jacente " degré d'accès à une équipe de soins de santé primaires ", il se produit un accroissement égal à 0,299 écart type du " degré de qualité des soins de santé dans l'ensemble ". À son tour, un accroissement d'une unité du " degré de qualité des soins de santé reçus dans l'ensemble " entraîne une diminution de 0,322 unité du " degré de confiance dans le système de soins de santé ", qui est une variable latente continue. Il est possible d'extrapoler cet exemple afin d'interpréter d'autres chemins d'action; cependant, comme de nombreuses variables sont dépourvues d'échelle, il est plus approprié de se concentrer sur la signification statistique et sur la direction des chemins d'action, plutôt que d'essayer de donner une interprétation de fond exacte de leurs valeurs estimées. Cette approche est celle adoptée dans la présente étude.

Comme le montrent les figures 2 à 4, l'accès à une équipe de soins de santé primaires prédit de manière significative tous les processus de soins modélisés. En particulier, cet accès réduit à la fois la non coordination des soins et les besoins non

satisfaits, tout en accroissant parallèlement la promotion de la santé, la complétude des soins et la qualité perçue des soins obtenus auprès d'un fournisseur de soins de santé primaires et de ceux obtenus dans l'ensemble.

En ce qui concerne les effets des processus de soins sur les résultats finaux, l'analyse montre que la confiance dans le système de santé est réduite par l'expérience d'une non coordination des soins et de besoins non satisfaits, mais qu'elle est accrue par l'obtention de soins de meilleure qualité dans l'ensemble (figure 2). En outre, l'expérience de la non coordination des soins et de besoins non satisfaits accroît l'utilisation des services d'urgence (figure 3). Enfin, l'expérience de la non coordination des soins accroît le risque d'hospitalisation (figure 4).

Contrairement aux attentes initiales, certaines variables de processus - promotion de la santé, complétude des soins et qualité des soins prodigués par le fournisseur principal - n'ont pu permettre de prédire directement la confiance dans le système de santé ni le risque d'hospitalisation. Par contre, les indices de modification du modèle ont révélé des relations entre les variables de processus non présumées au départ (voir aussi le tableau 7). Plus précisément, l'accroissement de la promotion de la santé augmente les déclarations de complétude des soins, ce qui, à son tour, rehausse les perceptions de la qualité des soins prodigués par le fournisseur de soins primaires, perceptions qui sont un prédicteur positif de la qualité des soins reçus dans l'ensemble. Enfin, des expériences plus positives de la qualité des soins reçus dans l'ensemble accroissent la confiance dans le système de santé. Cette association n'est pas significative pour l'utilisation des services d'urgence ni pour le risque d'hospitalisation.

En outre, avoir accès à une équipe de soins de santé primaires accroît indirectement la confiance dans le système de santé et réduit indirectement l'utilisation des services d'urgence et le risque d'hospitalisation, par la voie de divers processus de soins. En particulier, les chemins directs suivants sont significatifs selon les deux méthodes appliquées pour tester la signification des effets indirects (produits des effets indirects et signification conjointe des effets directs) :

- accès à une équipe de soins de santé primaires → accès aux soins (besoins non satisfaits) → confiance dans le système de santé (0,566, $p < 0,05$);
- accès à une équipe de soins de santé primaires → qualité des soins de santé (en général) → confiance dans le système de santé (0,097, $p < 0,01$);
- accès à une équipe de soins de santé primaires → qualité des soins (fournisseur principal) → qualité des soins (en général) → confiance dans le système de santé (0,086, $p < 0,01$);
- accès à une équipe de soins de santé primaires → complétude des soins → qualité des soins (fournisseur principal) → qualité des soins (en général) → confiance dans le système de santé (0,034, $p < 0,05$);
- accès à une équipe de soins de santé primaires → promotion de la santé → complétude des soins → qualité des soins (fournisseur principal) → qualité des soins (en général) → confiance dans le système de santé (0,032, $p < 0,01$);
- accès à une équipe de soins de santé primaires → accès aux soins (besoins non satisfaits) → utilisation des services d'urgence (-0,285, $p < 0,05$).

Les chemins indirects qui suivent se sont révélés significatifs selon la méthode de la signification conjointe des effets directs seulement :

- accès à une équipe de soins de santé primaires → non coordination des soins → confiance dans le système de santé (0,017, $p = 0,136$);
- accès à une équipe de soins de santé primaires → non coordination des soins → utilisation des services d'urgence (-0,015, $p = 0,125$);
- accès à une équipe de soins de santé primaires → non coordination des soins → hospitalisation (-0,027, $p = 0,053$).

Comme l'indique la figure 2, les variables de médiation (processus de soins) n'expliquent pas entièrement l'association entre l'accès à une équipe de soins de santé primaires et la confiance dans le système de santé, étant donné qu'il persistait un effet direct significatif. Cependant, la relation directe entre l'accès à une équipe de soins de santé primaires et la confiance dans

le système de santé est, en fait, négative (-0,818; $p < 0,01$). L'effet direct est indépendant des variables de médiation englobant les processus de soins, autrement dit il s'agit de l'effet de l'accès à une équipe de soins de santé primaires sur la confiance dans le système de santé, lorsque tous les processus de soins en jeu sont maintenus constants. Par conséquent, l'effet direct négatif représente peut être un phénomène où les personnes ont accès à une équipe, mais où les divers processus de soins ne sont pas activés parce que l'équipe n'a pas le dynamisme requis pour les faciliter. Autrement dit, si une personne a accès à une équipe de soins de santé primaires, mais que cette équipe ne fonctionne pas en tant que telle, sa confiance dans les soins de santé est ébranlée. En revanche, les effets indirects de l'accès à une équipe de soins de santé primaires sur la confiance dans le système de santé ont tous le sens attendu, de sorte que, quand les processus de soins sont activés par l'équipe dans les directions prévues, la confiance dans le système de santé s'accroît en conséquence.

En ce qui concerne l'utilisation des services d'urgence, les effets indirects significatifs de l'accès à une équipe de soins de santé primaires sont transmis par la voie des besoins non satisfaits (accès) et de la non coordination des soins. Plus précisément, en réduisant les besoins non satisfaits et les cas de non coordination des soins, l'accès à une équipe de soins de santé primaires réduit l'utilisation des services d'urgence. De plus, l'accès à ce genre d'équipe réduit l'hospitalisation par la voie d'une réduction de la non coordination des soins. Aucun effet direct résiduel de l'accès à une équipe de soins de santé primaires sur l'utilisation des services de santé ou sur le risque d'hospitalisation ne persiste (figures 3 et 4), ce qui sous entend que tout effet des équipes sur ces résultats se transmet entièrement par l'intermédiaire des processus de soins.

Limites

Les données sur lesquelles s'appuie l'étude sont fondées sur l'autodéclaration de l'expérience d'accès à des services de soins de santé primaires au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Donc, il n'a pas été possible d'évaluer certains critères de qualité importants, comme la mesure dans laquelle les patients ont obtenus les analyses de laboratoire et les interventions recommandées par les spécialistes. En outre, l'accès à des soins prodigués en équipe et l'intervention d'autres professionnels de la santé au lieu habituel d'obtention des soins ont été déterminés d'après des autodéclarations, mais il se pourrait que les patients ne soient pas capables de faire la distinction entre les antécédents professionnels des fournisseurs de soins et des assistants de bureau de médecins. Enfin, les données autodéclarées sont sujettes à un biais de remémoration.

Même si l'étude était pancanadienne, la taille limitée de l'échantillon ($n = 2\,120$) pourrait avoir une incidence sur la signification statistique des principaux résultats. Malgré l'obtention de mesures positives de l'ajustement pour l'analyse par modélisation d'équation structurelle, de nombreux modèles concurrents, statistiquement équivalents et théoriquement raisonnables, pourraient exister. L'étude d'autres modèles dépasse le cadre de la présente étude, mais elle devrait être abordée dans le cadre de futurs travaux.

Il importe de souligner que la présente étude est de nature exploratoire, notamment l'utilisation d'indices de modification en vue de découvrir des relations qui n'ont pas été envisagées entre les variables de processus de soins. Afin de déterminer leur véracité, ces relations devraient être reproduites dans le cadre de futurs travaux. Enfin, l'étude s'appuie sur des analyses transversales pour préciser les résultats d'un nouveau modèle de fourniture de soins de santé primaires (soins prodigués en équipe) dans un pays où, historiquement, l'on recourt principalement à des services d'omnipraticiens. Comme on ignorait depuis combien de temps les patients avaient accès à des équipes de soins, il se pourrait que nous ayons sous estimé l'effet de ce nouveau modèle de fourniture de soins de santé primaires sur les processus et les résultats qui prennent plus de temps à se manifester.

Conclusion

La contribution unique de la présente étude tient à l'utilisation de données provenant de l'ECESSP pour calculer les premières estimations nationales de l'accès à une équipe de soins de santé primaires et de l'effet de cet accès sur les processus de soins et les résultats. En 2007, 39 % de Canadiens de 18 ans et plus ont dit avoir accès à une équipe de soins de santé primaires à leur lieu habituel d'obtention des soins. Les adultes atteints de problèmes de santé chroniques et ceux dont la santé était médiocre étaient plus susceptibles d'avoir accès à ce genre d'équipe que ceux ne présentant pas ces problèmes de santé.

Les Canadiens qui ont déclaré avoir accès à une équipe de soins de santé primaires étaient plus susceptibles de recevoir des soins axés sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, particulièrement ceux atteints d'un problème de santé chronique. En outre, les personnes ayant un problème de santé chronique qui recevaient des soins prodigués en équipe étaient plus susceptibles de faire l'objet d'un soin global de la personne et de jouir d'un niveau plus élevé de coordination des

soins que celles n'ayant pas accès à une équipe. Elles étaient également plus susceptibles de déclarer qu'elles recevaient des soins de plus haute qualité. Par conséquent, un autre résultat intéressant est que les équipes de soins de santé primaires ont une incidence sur les processus de soins reconnus comme étant importants par les Canadiens et par les premiers ministres de la Santé.

Les résultats de l'étude indiquent que l'accès à une équipe de soins de santé primaires réduit l'utilisation des services d'urgence et les besoins non satisfaits, ainsi que la non coordination des soins. Il réduit aussi le risque d'hospitalisation grâce à la réduction de la non coordination des soins.

L'accès à une équipe de soins de santé primaires accroît la confiance dans le système de santé indirectement par la voie de la réduction des besoins non satisfaits et de la non coordination des soins, et donne lieu à une évaluation plus positive de la qualité des soins de santé reçus dans l'ensemble. L'accès à ce genre d'équipe peut aussi accroître indirectement la confiance dans le système de santé en augmentant la promotion de la santé et la prévention de la maladie, ce qui améliore l'évaluation de la complétude des soins et de la qualité des soins obtenus auprès de son propre fournisseur de soins. Cela, à son tour, améliore l'évaluation de la qualité des soins reçus dans l'ensemble, ce qui rehausse la confiance dans le système de santé.

Cependant, les résultats de l'étude démontrent aussi qu'avoir accès à une équipe de soins de santé primaires peut avoir des effets négatifs directs sur la confiance dans le système si les expériences vécues auprès de ces équipes n'aboutissent pas à une amélioration des processus de soins. Autrement dit, l'accès à une équipe de soins de santé primaires ne suffit pas, à elle seule, à améliorer la confiance globale dans le système - l'équipe doit réellement fonctionner comme une équipe et mettre en œuvre des processus clés pour avoir un effet positif sur la confiance dans le système de santé. Cette constatation est d'une importance essentielle pour les décideurs et les fournisseurs de soins de santé responsables de la dynamisation des équipes de soins de santé primaires et de l'optimisation de leur rendement.

Bien que la vaste majorité des Canadiens aient accès à un médecin habituel ou à un lieu habituel d'obtention des soins, l'amélioration de l'accès à des services de soins de santé primaires et de la qualité de ces services est aujourd'hui devenue une priorité stratégique. Depuis 2000, d'importants investissements ont eu pour but d'accroître la proportion de Canadiens qui ont accès aux soins de santé primaires les plus appropriés, accès que l'on a fréquemment identifié à l'obtention de soins prodigués en équipe. Cette stratégie est séduisante, car, en principe, la fourniture de soins de santé primaires devrait mettre de plus en plus l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, et être coordonnée et complète. À un niveau plus global, l'accès à des équipes de soins de santé primaires influence positivement les perceptions des Canadiens en ce qui concerne la qualité globale de leur système de santé et la confiance qu'ils ont dans ce système.

Bibliographie

ALLISON, P.D. 2003. " Missing data techniques for structural equation modeling ", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 112, no 4, p. 545 à 557.

ASPAROUHOV, T. 2005. " Sampling weights in latent variable modeling ", *Structural Equation Modeling*, vol. 12, no 3, p. 411 à 434.

BENTLER, B.P., et D.G. BONETT. 1980. " Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structure ", *Psychological Bulletin*, vol. 88, p. 588 à 606.

BENTLER, P. M. 1990. " Comparative fit indexes in structural models ", *Psychological Bulletin*, vol. 107, p. 238 à 246.

BENTLER P.M., et C.-P. CHOU. 1993. " Some new covariance structure model improvement methods ", *Multivariate Behavioral Research*, vol. 28, p. 97 à 110.

BROWNE, M. W., et R. CUDECK. 1993. " Alternative ways of assessing model fit ", *Testing Structural Equation Models*, K. A. Bollen et J. S. Long (eds.), Newbury Park, Sage, p. 136 à 162.

FLORA, D. B., et P.J. CURRAN. 2004. " An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data ", *Psychological Methods*, vol. 9, no 4, p. 466 à 491.

GLASGOW, R.E., E.H. WAGNER, J. SCHAEFER, L.D. MAHONEY, R.J. REID et S.M. GREENE. 2005. " Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) ", *Medical Care*, vol. 43, no 5, p. 436 à 444.

GOUVERNEMENT DU CANADA. 2007. *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index_f.html.

HAGGERTY, J., F. BURGE, J.F. LÉVESQUE, D. GASS, R. PINEAULT, M.D. BEAULIEU et D. SANTOR. 2007. " Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts ", *Ann Fam Med.*, vol. 5, no 4, p. 336 à 344.

KAPLAN, D., et A.J. FERGUSON. 1999. " On the utilization of sample weights in latent variable models ", *Structural Equation Modeling*, vol. 6, p. 305 à 321.

LITTLE, R.J., et D.B. RUBIN. 2002. *Statistical Analysis with Missing Data* (2nd ed.), New York, Wiley.

MACKINNON, D. P., A.J. FAIRCHILD et M.S. FRITZ. 2007. " Mediation analysis ", *Annual Review of Psychology*, vol. 58, p. 593 à 614.

MACKINNON, D. P., C.M. LOCKWOOD, J.M. HOFFMAN, S.G. WEST et V. SHEETS. 2002. " A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects ", *Psychological Methods*, vol. 7, no 1, p. 83 à 104.

MAXWELL, J., K. JACKSON, B. LEGOWSKI, S. ROSELL, D. YANKELOVICH, P.-G. FOREST et L. LOZOWCHUK. 2002. *Report on Citizens' Dialogue on the Future of Health Care in Canada*, Saskatoon, Commission on the Future of Health Care in Canada.

MCDONALD, R. P., et H.W. MARSH. 1990. " Choosing a multivariate model: Noncentrality and goodness-of-fit ", *Psychological Bulletin*, vol. 107, p. 247 à 255.

MCINTOSH, C.N. 2008. *Examen de la validité factorielle de certains modules de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires*. Série de documents de travail de la Division de l'information et de la recherche sur la santé (Statistique Canada, no 82-622-XIE au catalogue, no 001).

MUTHÉN, L.K., et B.O MUTHÉN. 2007. *Mplus User's Guide*, Los Angeles.

MUTHÉN, B., S.H.C. DU TOIT et D. SPISIC. À l'impression. " Robust inference using weighted least squares and quadratic estimating equations in latent variable modeling with categorical and continuous outcomes ", *Psychometrika*.

POLLARA RESEARCH. 2006. *Sondage sur les soins de santé au Canada*, Toronto, MediResource Inc. www.hcic-sssc.ca.

POLLARA RESEARCH. 2003. " *Health Care in Canada Survey: Retrospective 1998-2003*. Toronto: Pollara Research ". www.mediresource.com/e/pages/hcc_survey/pdf/HCiC_1998-2003_retro.pdf.

SANTÉ CANADA. *2003. Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

SANTÉ CANADA. 2004. *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, Ottawa, Gouvernement du Canada. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index_f.html.

SECRÉTARIAT DES CONFÉRENCES INTERGOUVERNEMENTALES CANADIENNES. 2000. *Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres*. www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_f.html.

SOROKA, S.N. 2007. *A Report to the Health Council of Canada: Canadians Perceptions of the Health Care System*, Toronto, Health Council of Canada.

STATISTIQUE CANADA. 2007. *Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires*. www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5138&lang=en&db=IMDB&dbg= f&adm=8&dis=2.

STEIGER, J.H. 2000. " Point estimation, hypothesis testing, and interval estimation using the RMSEA: Some comments and a reply to Hayduk and Glaser ", *Structural Equation Modeling*, vol. 7, p. 149 à 162.

WATSON, D. 2005. *Canadian Policy Context: Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care*. Ottawa, Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care (EICP).

WATSON, D.E., A.M. BROEMELING, R.J. REID et C. BLACK. 2004. A Results-based Logic Model for Primary Health Care: Laying an Evidence-based Foundation to Guide Performance Measurement, Monitoring and Evaluation. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

WATSON, D., et H. KRUEGER. 2005. *Primary Health Care Experiences and Preferences: Research Highlights*. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

Appendix

Tableau A.1
Tailles des échantillons

	Résultat modélisé	Total	Au moins un problème de santé chronique
Projet 1	Équipe de soins de santé primaires	1 812	...
Projet 2	Promotion/prévention	1 282	618
	Coordination interne des soins	1 355	645
	Qualité des soins de santé primaire	1 375	646
	Qualité des soins en général	1 353	637
	Accès aux soins requis	1 799	754
	Complétude des soins	1 782	752
	PACIC – Soin global de la personne	...	557
	PACIC – Coordination des soins	...	590
Projet 3	Confiance dans le système de santé	1 257	...
	Utilisation des services d'urgence	1 257	...

... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau B.1
Items utilisés pour définir les facteurs du PACIC

Facteur	Question	Catégories de réponse
Soin global de la personne	Au cours des 6 derniers mois ou la dernière fois que vous avez reçu des soins pour votre état de santé chronique, vous a-t-on demandé quels étaient les effets de votre maladie sur votre vie ? vous a-t-on posé des questions sur vos habitudes de santé ? vous a-t-on demandé de parler de vos objectifs en ce qui concerne la manière de prendre soin de votre condition chronique? vous a-t-on aidé à fixer des objectifs spécifiques pour améliorer votre alimentation ou votre activité physique ? vous a-t-on montré comment ce que vous avez fait pour prendre soins de vous-même a influencé votre condition chronique ? vous a-t-on remis une liste écrite des choses que vous devriez faire pour améliorer votre santé ? vous a-t-on aidé à planifier afin de pouvoir prendre soin de votre état de santé même en des moments difficiles ? vos fournisseurs de soins tenaient-ils compte de vos valeurs et de vos traditions au moment de vous recommander un traitement ? vous a-t-on aidé à élaborer un plan de traitement que vous pourriez mettre en pratique dans votre vie quotidienne ? vous a-t-on remis une copie de votre plan de traitement ? étiez-vous satisfait de la manière dont vos soins étaient organisés ?	Presque toujours, la plupart du temps, parfois, généralement pas ou presque jamais.
Coordination des soins	Au cours des 6 derniers mois ou la dernière fois que vous avez reçu des soins pour votre état de santé chronique, vous a-t-on encouragé à faire partie d'un groupe ou d'une classe, comme une session d'information éducative, pour vous aider à vivre avec votre état de santé chronique ? avez-vous été encouragé à suivre des programmes communautaires comme des groupes de soutien ou des classes d'exercices qui pourraient vous aider ? vous a-t-on dirigé vers un diététiste, un éducateur en matière de santé ou un conseiller ? vous a-t-on dit comment vos visites chez d'autres genres de médecins (p. ex., spécialiste, chirurgien) contribuaient à votre traitement ? vous a-t-on demandé comment se passaient vos visites chez les autres médecins ? a-t-on communiqué avec vous après une visite pour savoir comment les choses se passaient ?	Presque toujours, la plupart du temps, parfois, généralement pas ou presque jamais.

Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau C.1
Statistiques d'évaluation de l'ajustement du modèle pour l'analyse factorielle confirmatoire (AFC)

Statistique d'ajustement	Interprétation	Valeurs de critère
χ^2	Écart global entre le modèle théorique et les données observées.	Une valeur p >0,05 indique un modèle bien ajusté
CFI	Ajustement du modèle théorique relativement à un modèle nul dans lequel toutes les variables observées sont non corrélées; varie de 0 à 1; ajustement d'autant meilleur que le score est élevé.	Des valeurs ≥ 0,90 indiquent un modèle bien ajusté.
TLI	Ajustement du modèle théorique relativement à un modèle nul dans lequel tous les valeurs observées sont non corrélées; corrections pour le nombre de ddl du modèle; valeur peut se situer en dehors de l'intervalle 0-1; ajustement d'autant meilleur que la valeur est élevée.	Des valeurs ≥ 0,90 indiquent un modèle bien ajusté
RMSEA	Manque d'ajustement du modèle théorique, selon le nombre de ddl du modèle; les valeurs varient de 0 à +∞; ajustement d'autant meilleur que la valeur est faible. lower values mean better fit.	Des valeurs ≤ 0,10 signifient que l'ajustement est adequat.
Test LM	Représente la réduction du χ^2 du modèle résultant de l'ajout d'un chemin particulier au modèle.	Des valeurs de χ^2 significatives (évaluées sur 1 ddl) signifient que le chemin produirait une amélioration statistique; la modification doit être défendable du point de vue théorique et méthodologique.
Coefficient de régression probit	Coefficient de régression pour un résultat binaire ou catégorique où il est supposé qu'une variable vraiment continue sous-tend les catégories observées; interprété comme étant la part de la variation unitaire d'écart-type dans la variable continue sous-jacente correspondant à un accroissement d'une unité de la variable prédictive.	Une statistique z ≤ -1,96 ou ≥ + 1,96 indique un effet significatif au seuil de signification de 0,05.
Coefficient de régression linéaire	Coefficient de régression d'un résultat continu; interprété comme la variation de valeur unitaire de la variable de revenu correspondant à un accroissement d'une unité de la variable prédictive.	Une statistique z ≤ -1,96 ou ≥ + 1,96 indique un effet significatif au seuil de signification de 0,05.
Effet direct	Effet d'une variable sur une autre qui n'est pas transmis par l'intervention de variables intermédiaires.	Une statistique z ≤ -1,96 ou ≥ + 1,96 indique un effet significatif au seuil de signification de 0,05.
Effet indirect	Effet d'une variable sur une autre qui est transmis par l'intervention de variables intermédiaires.	Dépend de la méthode utilisée pour évaluer l'effet indirect (voir plus bas).
Méthode du produit des effets directs pour tester les effets indirects	Estimation ponctuelle de l'effet indirect égale au produit de tous les effets directs intervenant le long du « conduit » qui relie deux variables.	Une statistique z ≤ -1,96 ou ≥ + 1,96 indique un effet significatif au seuil de signification de 0,05.
Méthode de la signification conjointe des effets directs pour tester les effets indirects	Aucune quantité interprétable représentant l'effet indirect n'est estimée, mais son existence est inférée d'après la signification statistique collective de chaque effet direct qui a lieu sur le chemin reliant une paire de variables.	Une statistique z ≤ -1,96 ou ≥ + 1,96 pour chacun des effets directs le long du chemin indique la présence d'un effet indirect significatif.

Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau D.1
Rapports de cotes corrigés reliant certaines caractéristiques à l'obtention de 75 % de la promotion de la santé/ prévention des maladies nécessaire, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins, Canada, 2007

	Total (n=1 282)			Au moins un problème de santé chronique (n=618)		
	Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Oui	1,297*	0,983	1,711	1,573**	1,023	2,418
Non	1,000	...	...	1,000	...	...
Âge						
18 à 44 ans	1,000	...	...	1,000	...	...
45 à 64 ans	1,310*	0,950	1,805	1,199	0,640	2,245
65 ans et plus	0,694	0,409	1,176	0,755	0,329	1,735
Sexe						
Hommes	1,000	...	...	1,000	...	...
Femmes	1,304*	0,970	1,752	1,323	0,857	2,043
Niveau de scolarité						
Études secondaires partielles	1,434	0,915	2,246	1,452	0,796	2,650
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	1,434**	1,038	1,982	1,249	0,779	2,004
Diplôme d'études secondaires	1,000	...	...	1,000	...	...
Autre scolarité ou formation	1,068	0,327	3,493	1,460	0,223	9,550
Emploi						
Emploi à temps plein	1,000	...	...	1,000	...	...
Emploi à temps partiel	0,902	0,575	1,417	1,022	0,420	2,489
À la retraite	1,203	0,708	2,044	1,119	0,531	2,358
Autre[1]	1,016	0,667	1,548	1,076	0,512	2,259
Revenu du ménage						
Inférieur ou égal à 29 999 $	0,646*	0,400	1,044	0,952	0,442	2,049
De 30 000 $ à 79 999 $	0,693*	0,475	1,012	0,939	0,476	1,852
Égal ou supérieur à 80 000 $	1,000	...	...	1,000	...	...
Données manquantes	0,853	0,497	1,462	0,921	0,373	2,271
Autoévaluation de la santé						
Excellente/très bonne	1,000	...	...	1,000	...	...
Bonne	0,797	0,574	1,105	0,672	0,408	1,108
Passable/mauvaise	0,777	0,484	1,247	0,851	0,478	1,516
Certains problèmes de santé chroniques[2]						
Aucun	1,000	...	...	...	...	...
Un	0,853	0,587	1,240	...	...	...
Deux ou plus	1,231	0,846	1,791	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,10)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,05)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.
2. Arthrite, bronchopneumopathie obstructive chronique, maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabète et troubles de l'humeur (y compris la dépression).
Nota : L'analyse porte sur les personnes ayant fourni une réponse valide pour le résultat et pour lesquelles aucune personne ne manque pour l'équipe de soins de santé primaires, le niveau de scolarité, l'emploi, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau D.2
Rapports de cotes corrigés reliant certaines caractéristiques à l'expérience d'au moins un événement de non coordination des soins, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins, Canada, 2007

	Total (n=1,355)			Au moins un problème At least one chronic condition (n=645)		
	Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Accès à une équipe de soins de santé primaire						
Oui	0,939	0,687	1,283	1,236	0,798	1,914
Non	1,000	...	...	1,000	...	...
Âge						
18 à 44 ans	1,000	...	...	1,000	...	...
45 à 64 ans	0,561**	0,376	0,836	0,632	0,316	1,264
65 ans et plus	0,447**	0,215	0,931	0,417*	0,150	1,162
Sexe						
Hommes	1,000	...	...	1,000	...	...
Femmes	1,112	0,796	1,553	1,166	0,707	1,924
Niveau de scolarité						
Études secondaires partielles	0,926	0,549	1,563	0,785	0,420	1,466
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	1,018	0,671	1,545	0,825	0,448	1,516
Diplôme d'études secondaire	1,000	...	...	1,000	...	...
Autre scolarité ou formation	1,428	0,329	6,199	1,483	0,231	9,506
Emploi						
Emploi à temps plein	1,000	...	...	1,000	...	...
Emploi à temps partiel	1,604	0,877	2,930	2,176*	0,860	5,504
À la retraite	1,133	0,607	2,117	1,406	0,615	3,218
Autre[1]	1,565*	0,969	2,527	1,201	0,567	2,546
Revenu du ménage						
Inférieur ou égal à 29 999 $	0,663	0,387	1,137	0,917	0,429	1,962
De 30 000 $ à 79 999 $	0,644*	0,407	1,021	0,645	0,314	1,325
Égal ou supérieur à 80 000 $	1,000	...	...	1,000	...	...
Données manquantes	0,494**	0,266	0,919	0,847	0,346	2,069
Autoévaluation de la santé						
Excellente/très bonne	1,000	...	...	1,000	...	...
Bonne	1,341	0,929	1,936	1,827**	1,012	3,298
Passable/mauvaise	3,026**	1,897	4,828	3,743**	1,978	7,082
Certains problèmes de santé chroniques[2]						
Aucun	1,000	...	...	...	...	...
Un	1,203	0,766	1,891	...	...	...
Deux ou plus	1,959**	1,210	3,172	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,10)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,05)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.
2. Arthrite, bronchopneumopathie obstructive chronique, maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabète et troubles de l'humeur (y compris la dépression).
Nota : L'analyse porte sur les personnes ayant fourni une réponse valide pour le résultat et pour lesquelles aucune personne ne manque pour l'équipe de soins de santé primaires, le niveau de scolarité, l'emploi, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau D.3
Rapports de cotes corrigés reliant certaines caractéristiques à l'obtention de soins de santé primaires de qualité passable/médiocre, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins, Canada, 2007

	Total (n=1,375)			Au moins un problème de santé chronique (n=646)		
	Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Accès à une équipe de soins de santé primaire						
Oui	0,753	0,424	1,337	0,260**	0,084	0,802
Non	1,000	...	...	1,000	...	...
Âge						
18 à 44 ans	1,000	...	...	1,000	...	...
45 à 64 ans	0,499**	0,279	0,892	1,016	0,285	3,626
65 ans et plus	0,429	0,114	1,609	0,489	0,069	3,481
Sexe						
Hommes	1,000	...	...	1,000	...	...
Femmes	2,163**	1,227	3,814	1,882	0,650	5,452
Niveau de scolarité						
Études secondaires partielles	0,707	0,266	1,878	0,616	0,144	2,631
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	1,120	0,585	2,145	1,662	0,539	5,128
Diplôme d'études secondaires	1,000	...		1,000	...	...
Autre scolarité ou formation	0,678	0,119	3,853	...	...	...
Emploi						
Emploi à temps plein	1,000	...	...	1,000	...	...
Emploi à temps partiel	0,178**	0,042	0,754	0,169**	0,037	0,777
À la retraite	0,594	0,162	2,176	0,467	0,085	2,572
Autre[1]	1,250	0,615	2,543	0,486	0,105	2,255
Revenu du ménage						
Inférieur ou égal à 29 999 $	2,523**	1,090	5,843	3,418	0,624	18,718
De 30 000 $ à 79 999 $	1,929**	0,998	3,729	1,309	0,237	7,218
Égal ou supérieur à 80 000 $	1,000	...	...	1,000	...	...
Données manquantes	0,872	0,255	2,983	0,677	0,081	5,683
Autoévaluation de la santé						
Excellente/très bonne	1,000	...	...	1,000	...	...
Bonne	1,910**	1,014	3,596	2,212	0,663	7,373
Passable/mauvaise	4,354**	1,639	11,564	4,195**	1,244	14,153
Certains problèmes de santé chroniques[2]						
Aucun	1,000	...	...	...	...	...
Un	0,650	0,314	1,344	...	...	...
Deux ou plus	0,689	0,257	1,842	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer
° valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,10)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,05)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.
2. Arthrite, bronchopneumopathie obstructive chronique, maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabète et troubles de l'humeur (y compris la dépression).
Nota : L'analyse porte sur les personnes ayant fourni une réponse valide pour le résultat et pour lesquelles aucune personne ne manque pour l'équipe de soins de santé primaires, le niveau de scolarité, l'emploi, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau D.4
Rapports de cotes corrigés reliant certaines caractéristiques à l'obtention de soins de santé primaires de qualité excellente/très bonne, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins, Canada, 2007

	Total (n=1,375)			Au moins un problème de santé chronique (n=646)		
	Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Accès à une équipe de soins de santé primaire						
Oui	1,073	0,781	1,475	1,459	0,874	2,436
Non	1,000	...	...	1,000	...	...
Âge						
18 à 44 ans	1,000	...	...	1,000	...	...
45 à 64 ans	1,206	0,809	1,800	1,053	0,456	2,430
65 ans et plus	1,150	0,643	2,056	1,014	0,375	2,747
Sexe						
Hommes	1,000	...	...	1,000	...	...
Femmes	0,997	0,716	1,387	1,063	0,588	1,922
Niveau de scolarité						
Études secondaires partielles	0,984	0,581	1,666	0,893	0,393	2,029
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	1,010	0,709	1,439	0,960	0,488	1,887
Diplôme d'études secondaires	1,000	...	...	1,000	...	...
Autre scolarité ou formation	1,558	0,438	5,546	0,534	0,067	4,254
Emploi						
Emploi à temps plein	1,000	...	...	1,000	...	...
Emploi à temps partiel	1,404	0,790	2,496	2,470	0,808	7,553
À la retraite	1,938**	1,089	3,450	2,055*	0,910	4,640
Autre[1]	1,188	0,764	1,847	1,492	0,695	3,202
Revenu du ménage						
Inférieur ou égal à 29 999 $	0,796	0,469	1,349	0,554	0,220	1,393
De 30 000 $ à 79 999 $	0,639**	0,406	1,006	0,507	0,210	1,220
Egal ou supérieur à 80 000 $	1,000	...	...	1,000	...	...
Données manquantes	0,705	0,404	1,229	0,803	0,282	2,285
Autoévaluation de la santé						
Excellente/très bonne	1,000	...	...	1,000	...	...
Bonne	0,505**	0,344	0,742	0,446**	0,234	0,851
Passable/mauvaise	0,342**	0,201	0,582	0,294**	0,147	0,586
Certains problèmes de santé chroniques[2]						
Aucun	1,000	...	...	...	...	...
Un	2,131**	1,383	3,283	...	...	...
Deux ou plus	1,776**	1,058	2,981	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,10)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,05)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.
2. Arthrite, bronchopneumopathie obstructive chronique, maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabète et troubles de l'humeur (y compris la dépression).
Nota : L'analyse porte sur les personnes ayant fourni une réponse valide pour le résultat et pour lesquelles aucune personne ne manque pour l'équipe de soins de santé primaires, le niveau de scolarité, l'emploi, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau D.5
Rapports de cotes corrigés reliant certaines caractéristiques à l'obtention, dans l'ensemble, de soins de santé de qualité passable/médiocre, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins, Canada, 2007

	Total (n=1,353)			Au moins un problème de santé chroniqu (n=637)		
	Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Accès à une équipe de soins de santé primaire						
Oui	0.719	0.439	1.177	0.395**	0.177	0.879
Non	1.000	...	...	1.000	...	...
Âge						
18 à 44 ans	1.000	...	...	1.000	...	...
45 à 64 ans	0.550**	0.318	0.951	0.858	0.219	3.363
65 ans et plus	0.739	0.274	1.994	0.732	0.140	3.821
Sexe						
Hommes	1.000	...	...	1.000	...	...
Femmes	1.713**	1.008	2.912	1.931	0.723	5.158
Niveau de scolarité						
Études secondaires partielles	0.440*	0.181	1.069	0.277**	0.094	0.812
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	0.782	0.425	1.440	1.157	0.390	3.431
Diplôme d'études secondaires	1.000	...	...	1.000	...	...
Autre scolarité ou formation	1.418	0.387	5.196	14.608**	1.200	177.888
Emploi						
Emploi à temps plein	1.000	...	...	1.000	...	...
Emploi à temps partiel	0.422	0.121	1.476	0.264*	0.060	1.160
À la retraite	0.547	0.216	1.388	0.554	0.137	2.233
Autre[1]	1.470	0.790	2.736	0.909	0.283	2.920
Revenu du ménage						
Inférieur ou égal à 29 999 $	1.600	0.743	3.446	1.641	0.319	8.433
De 30 000 $ à 79 999 $	1.322	0.683	2.557	0.644	0.133	3.115
Égal ou supérieur à 80 000 $	1.000	...	...	1.000	...	...
Données manquantes	0.729	0.261	2.035	0.385	0.054	2.728
Autoévaluation de la santé						
Excellente/très bonne	1.000	...	...	1.000	...	...
Bonne	2.462**	1.379	4.397	4.105**	1.439	11.709
Passable/mauvaise	7.017**	3.048	16.155	11.865**	4.104	34.300
Certains problèmes de santé chroniques[2]						
Aucun	1.000	...	...	...	...	...
Un	0.445**	0.212	0.933	...	...	...
Deux ou plus	0.707	0.314	1.589	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,10)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,05)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.
2. Arthrite, bronchopneumopathie obstructive chronique, maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabète et troubles de l'humeur (y compris la dépression).
Nota : L'analyse porte sur les personnes ayant fourni une réponse valide pour le résultat et pour lesquelles aucune personne ne manque pour l'équipe de soins de santé primaires, le niveau de scolarité, l'emploi, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau D.6
Rapports de cotes corrigés reliant certaines caractéristiques à l'obtention, dans l'ensemble, de soins de santé de qualité excellente/très bonne, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins, Canada, 2007

	Total (n=1,353)			Au moins un problème de santé chronique (n=637)		
	Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Accès à une équipe de soins de santé primaire						
Oui	1,225	0,915	1,639	1,645**	1,041	2,601
Non	1,000	...	...	1,000	...	...
Âge						
18 à 44 ans	1,000	...	...	1,000	...	...
45 à 64 ans	1,337	0,914	1,955	0,891	0,435	1,825
65 ans et plus	1,032	0,576	1,852	0,676	0,268	1,702
Sexe						
Hommes	1,000	...	...	1,000	...	...
Femmes	0,995	0,726	1,364	1,368	0,812	2,305
Niveau de scolarité						
Études secondaires partielles	0,954	0,587	1,550	0,975	0,503	1,889
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	1,115	0,794	1,565	1,193	0,699	2,037
Diplôme d'études secondaires[2]	1,000	...	...	1,000	...	...
Autre scolarité ou formation	0,657	0,133	3,245	0,576	0,068	4,888
Emploi						
Emploi à temps plein	1,000	...	...	1,000	...	...
Emploi à temps partiel	0,939	0,559	1,579	1,222	0,400	3,732
À la retraite	2,281**	1,310	3,972	2,153*	0,942	4,922
Autre[1]	1,327	0,864	2,038	1,412	0,677	2,945
Revenu du ménage						
Inférieur ou égal à 29 999 $	0,983	0,583	1,657	0,792	0,333	1,883
De 30 000 $ à 79 999 $	0,909	0,604	1,369	0,661	0,320	1,367
Égal ou supérieur à 80 000 $	1,000	...	...	1,000	...	...
Données manquantes	0,851	0,484	1,497	0,765	0,277	2,113
Autoévaluation de la santé						
Excellente/très bonne	1,000	...	...	1,000	...	...
Bonne	0,407**	0,282	0,586	0,396**	0,220	0,710
Passable/mauvaise	0,296**	0,179	0,492	0,319**	0,170	0,600
Certains problèmes de santé chroniques[2]						
Aucun	1,000	...	...	...	...	...
Un	1,921**	1,285	2,870	...	...	...
Deux ou plus	1,382	0,865	2,209	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,10)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,05)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.
2. Arthrite, bronchopneumopathie obstructive chronique, maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabète et troubles de l'humeur (y compris la dépression).
Nota : L'analyse porte sur les personnes ayant fourni une réponse valide pour le résultat et pour lesquelles aucune personne ne manque pour l'équipe de soins de santé primaires, le niveau de scolarité, l'emploi, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau D.7
Rapports de cotes corrigés reliant certaines caractéristiques au fait de ne pas avoir accès à des soins de santé quand cela est nécessaire, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins, Canada, 2007

	Total (n=1,799)			Au moins un problème de santé chronique (n=754)		
	Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Accès à une équipe de soins de santé primaire						
Oui	0,763	0,497	1,171	0,618	0,334	1,145
Non	1,000	...	...	1,000	...	...
Âge						
18 à 44 ans	1,000	...	...	1,000	...	...
45 à 64 ans	0,795	0,470	1,345	0,976	0,379	2,516
65 ans et plus	0,431*	0,169	1,101	0,468	0,116	1,890
Sexe						
Hommes	1,000	...	...	1,000	...	...
Femmes	1,314	0,843	2,048	1,200	0,593	2,427
Niveau de scolarité						
Études secondaires partielles	0,782	0,403	1,519	0,595	0,234	1,513
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	0,920	0,541	1,564	1,060	0,456	2,464
Diplôme d'études secondaires[2]	1,000	...	...	1,000	...	...
Autre scolarité ou formation	0,444	0,107	1,835			
Emploi						
Emploi à temps plein	1,000	...	...	1,000	...	...
Emploi à temps partiel	0,778	0,418	1,446	0,613	0,155	2,425
À la retraite	0,904	0,390	2,093	1,535	0,420	5,604
Autre[1]	1,138	0,659	1,965	2,177	0,756	6,268
Revenu du ménage						
Inférieur ou égal à 29 999 $	1,553	0,769	3,138	1,254	0,414	3,798
De 30 000 $ à 79 999 $	1,533	0,843	2,788	0,973	0,347	2,729
Égal ou supérieur à 80 000 $	1,000	...	...	1,000	...	...
Données manquantes	0,821	0,327	2,059	0,144**	0,022	0,944
Autoévaluation de la santé						
Excellente/très bonne	1,000	...	...	1,000	...	...
Bonne	1,817**	1,146	2,883	2,260**	0,998	5,119
Passable/mauvaise	5,004**	2,743	9,129	3,447**	1,466	8,109
Certains problèmes de santé chroniques[2]						
Aucun	1,000	...	...	...	...	...
Un	0,694	0,395	1,219	...	...	...
Deux ou plus	1,080	0,584	2,000	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,10)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,05)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.
2. Arthrite, bronchopneumopathie obstructive chronique, maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabète et troubles de l'humeur (y compris la dépression).
Nota : L'analyse porte sur les personnes ayant fourni une réponse valide pour le résultat et pour lesquelles aucune personne ne manque pour l'équipe de soins de santé primaires, le niveau de scolarité, l'emploi, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau D.8
Rapports de cotes corrigés reliant certaines caractéristiques à l'obtention d'une gamme complète de services de soins de santé, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins, Canada, 2007

	Total (n=1,782)			Au moins un problème de santé chronique (n=752)		
	Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Limites de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Accès à une équipe de soins de santé primaire						
Oui	1,319	0,837	2,080	1,502	0,675	3,341
Non	1,000	...	...	1,000	...	...
Âge						
18 à 44 ans	1,000	...	...	1,000	...	...
45 à 64 ans	1,073	0,590	1,951	1,000	0,285	3,502
65 ans et plus	1,635	0,644	4,155	1,358	0,319	5,785
Sexe						
Hommes	1,000	...	...	1,000	...	...
Femmes	0,682	0,416	1,118	0,693	0,318	1,512
Niveau de scolarité						
Études secondaires partielles	1,981*	0,877	4,472	1,554	0,512	4,716
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	1,363	0,807	2,301	1,114	0,454	2,734
Diplôme d'études secondaires[2]	1,000	...	...	1,000	...	...
Autre scolarité ou formation	0,504	0,142	1,787			
Emploi						
Emploi à temps plein	1,000	...	...	1,000	...	...
Emploi à temps partiel	2,154	0,743	6,244	1,292	0,221	7,556
À la retraite	0,982	0,436	2,211	0,708	0,207	2,426
Autre[1]	0,481**	0,254	0,909	0,441	0,142	1,365
Revenu du ménage						
Inférieur ou égal à 29 999 $	0,396**	0,174	0,900	0,486	0,111	2,123
De 30 000 $ à 79 999 $	0,577	0,293	1,136	0,775	0,193	3,118
Égal ou supérieur à 80 000 $	1,000	...	...	1,000	...	...
Données manquantes	0,842	0,295	2,402	1,478	0,220	9,935
Autoévaluation de la santé						
Excellente/très bonne	1,000	...	...	1,000	...	...
Bonne	0,869	0,507	1,491	0,593	0,256	1,372
Passable/mauvaise	0,400**	0,190	0,840	0,556	0,218	1,419
Certains problèmes de santé chroniques[2]						
Aucun	1,000	...	...	...	...	...
Un	1,043	0,574	1,896	...	...	...
Deux ou plus	1,193	0,585	2,434	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,10)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,05)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.
2. Arthrite, bronchopneumopathie obstructive chronique, maladies cardiaques, cancer, hypertension, diabète et troubles de l'humeur (y compris la dépression).
Nota : L'analyse porte sur les personnes ayant fourni une réponse valide pour le résultat et pour lesquelles aucune personne ne manque pour l'équipe de soins de santé primaires, le niveau de scolarité, l'emploi, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau D.9
Estimations corrigées des coefficients bêta reliant certaines caractéristiques au score sommaire pour le facteur " soin global de la personne " du PACIC, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins et au moins un problème de santé chronique, Canada, 2007

	(n=557)		
	Beta ajusté	Limites de confiance à 95 %	
		de	à
Accès à une équipe de soins de santé primaire			
Oui	13,578**	8,372	18,783
Non	1,000	...	...
Âge			
18 à 44 ans	1,000	...	...
45 à 64 ans	-2,405	-9,925	5,116
65 ans et plus	-16,451**	-26,401	-6,500
Sexe			
Hommes	1,000	...	...
Femmes	-3,942	-9,733	1,849
Niveau de scolarité			
Études secondaires partielles	2,615	-4,878	10,107
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	-4,055	-11,413	3,304
Diplôme d'études secondaires[2]	1,000	...	...
Autre scolarité ou formation	-6,027	-35,813	23,759
Emploi			
Emploi à temps plein	1,000	...	...
Emploi à temps partiel	-4,559	-15,088	5,969
À la retraite	7,132	-1,862	16,126
Autre[1]	-2,232	-10,324	5,859
Revenu du ménage			
Inférieur ou égal à 29 999 $	-2,318	-11,797	7,162
De 30 000 $ à 79 999 $	3,432	-5,214	12,079
Égal ou supérieur à 80 000 $	1,000	...	...
Données manquantes	-8,175	-18,236	1,886
Autoévaluation de la santé			
Excellente/très bonne	1,000	...	...
Bonne	-6,397**	-12,591	-0,202
Passable/mauvaise	-0,961	-8,758	6,837

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,10)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,05)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.

Nota : L'analyse porte sur les personnes ayant fourni une réponse valide pour le résultat et pour lesquelles aucune personne ne manque pour l'équipe de soins de santé primaires, le niveau de scolarité, l'emploi, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.

Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau D.10
Estimations corrigées des coefficients bêta reliant certaines caractéristiques au score sommaire pour le facteur " coordination des soins " du PACIC, population à domicile de 18 ans et plus ayant un médecin habituel ou un lieu habituel d'obtention des soins et au moins un problème de santé chronique, Canada, 2007

	(n=590)		
	Beta ajusté	Limites de confiance à 95 %	
		de	à
Accès à une équipe de soins de santé primaire			
Oui	1,288**	0,045	2,531
Non	1,000	...	...
Âge			
18 à 44 ans	1,000	...	...
45 à 64 ans	1,148	-0,762	3,058
65 ans et plus	-0,423	-2,835	1,989
Sexe			
Hommes	1,000	...	...
Femmes	0,271	-1,081	1,622
Niveau de scolarité			
Études secondaires partielles	-0,038	-1,928	1,852
Études secondaires terminées ou études postsecondaires partielles	-0,515	-2,050	1,020
Diplôme d'études secondaires	1,000	...	...
Autre scolarité ou formation	0,667	-5,600	6,934
Emploi			
Emploi à temps plein	1,000	...	...
Emploi à temps partiel	-0,348	-2,638	1,943
À la retraite	0,408	-1,623	2,438
Autre[1]	0,424	-1,622	2,470
Revenu du ménage			
Inférieur ou égal à 29 999 $	0,167	-2,131	2,466
De 30 000 $ à 79 999 $	-0,280	-2,325	1,765
Égal ou supérieur à 80 000 $	1,000	...	...
Données manquantes	-0,317	-2,824	2,190
Autoévaluation de la santé			
Excellente/très bonne	1,000	...	...
Bonne	-0,643	-2,042	0,756
Passable/mauvaise	0,857	-0,875	2,590

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,10)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p <0,05)
1. Par exemple, en chômage, étudiant(e), parent restant à la maison.

Nota : L'analyse porte sur les personnes ayant fourni une réponse valide pour le résultat et pour lesquelles aucune personne ne manque pour l'équipe de soins de santé primaires, le niveau de scolarité, l'emploi, l'autoévaluation de la santé et la présence de problèmes de santé chroniques. Une équipe de soins de santé primaires a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., diététicien, nutritionniste) ou les deux en plus du fournisseur de soins de santé primaire et d'autres médecins.

Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.

Tableau E.1
Répartition des résultats des soins, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, 2007

	Total (n=2 194)					Au moins un problème de santé chronique (n=876)				
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Limites de confiance à 95 %		Taille de l'échantillon	Population estimée		Limites de confiance à 95 %	
	nombre	milliers	%	de	à	nombre	milliers	%	de	à
À quel point êtes-vous confiant que vous obtiendriez des soins de santé de qualité et sûrs au moment où vous en avez besoin?										
Très confiant	608	6 798	27,14	24,99	29,57	275	2 731	32,65	28,69	36,22
Plutôt confiant	1 084	12 544	50,07	47,54	52,55	394	3 662	43,78	40,19	48,09
Pas très confiant	376	4 315	17,22	15,28	19,06	149	1 427	17,06	13,96	20,08
Pas du tout confiant	112	1 395	5,57	4,37	6,64	51	544	6,51	4,40	8,37
Votre confiance dans le système de santé canadien :										
Augmente	185	2 189	8,86	7,31	10,31	97	1 022	12,38	9,57	15,03
Baisse	743	8 249	33,38	30,98	35,86	324	3 037	36,78	32,87	40,80
À peu près la même qu'elle a toujours été	1 223	14 277	57,77	55,28	60,26	436	4 199	50,84	46,74	54,99
Selon vous de quelle approche le système de santé au Canada a-t-il besoin présentement?										
D'une restructuration complète d'un bout à l'autre	183	2 124	8,66	7,41	10,06	64	673	8,27	6,31	10,39
De réparations assez importantes	893	9 680	39,48	37,24	42,18	399	3 636	44,69	41,17	49,07
De rajustements mineurs	887	10 878	44,37	41,49	46,61	320	3 248	39,92	35,34	43,43
Tout est bien tel quel	167	1 834	7,48	6,13	8,87	63	579	7,12	5,00	9,29
Combien de fois avez-vous personnellement utilisé le service d'urgence d'un hôpital au cours des 12 derniers mois?										
Aucune fois	1 642	19 114	76,14	73,94	78,24	586	5 641	67,16	63,19	71,10
Au moins une fois	545	5 990	23,86	21,76	26,06	287	2 758	32,84	28,90	36,81
Au cours des 12 derniers mois avez-vous passé une nuit comme patient à l'hôpital dans une maison de soins infirmiers ou une maison de convalescence?										
Oui	215	2 428	9,65	8,24	11,08	125	1 273	15,13	12,22	18,05
Non	1 971	22 672	90,06	88,59	91,50	747	7 122	84,63	81,66	87,56

Nota : La somme des pourcentages pourrait ne pas être égale à 100 % à cause des données manquantes, des refus et des réponses « ne sait pas ».
Source : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2007.